

Landelijk Beleidskader Wlz 2027

Zorgverzekeraars Nederland | V1.1 | 1 juli 2026

Inhoud

1.	Inleiding	3
2.	Inkoopbeleid voor meerdere sectoren	4
2.1	Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)	4
2.2	Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)	5
2.3	Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)	8
2.4	Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)	9
2.5	Infectiepreventie (V&V, GZ en GGZ)	9
2.6	Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ)	10
2.7	Duurzaamheid	12
2.8	Vastgoed	14
2.9	Informatie over het zorgaanbod	14
2.10	Digitale gegevensuitwisseling	15
3.	V&V	16
3.1	Randvoorwaarden extramuralisering VV	16
3.2	Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt	20
3.3	Regiobudget Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg	21
3.4	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b)	27
4.	GGZ	29
4.1	Overgangsrecht behandeling	29
4.2	Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ	29
5.	GZ	31
5.1	Specialistische zorg	31
5.2	ZZP 7 VG	32
5.3	LVG-zorg	33
5.4	SGLVG-zorg	35
5.5	Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs	37
5.6	VG7+	38
6.	Inkoopbeleid Salviq (GZ/GGZ)	41
	Bijlage 1: Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg	44
	Bijlage 2: Indieningsformat regiobudget HLO 2027	48

1. Inleiding

Het landelijk beleidskader Wlz bundelt de relevante informatie voor het leveren van Wlz zorg

Het landelijk beleidskader (hierna: beleidskader) is een aanvulling op het regionale inkoopbeleid. Het beleidskader maakt helder wat zorgkantoren van zorgaanbieders verwachten bij het leveren van Wlz-zorg voor specifieke onderwerpen. In dit document zijn thema's opgenomen die meer toelichting behoeven en/ of waar de zorgkantoren gezamenlijk specifiek beleid op voeren. Daarnaast beschrijven we welke aanvullende voorwaarden en richtlijnen er vanuit de zorgkantoren zijn op de huidig geldende wet- en regelgeving.

Het beleidskader is leidend bij het maken van afspraken met zorgaanbieders

De beleidslijnen en voorwaarden zijn uitgangspunt in het overleg tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Zorgaanbieders moeten voldoen aan de geformuleerde voorwaarden en richtlijnen die in dit document beschreven zijn, voor zover deze van toepassing zijn op de zorg die zij leveren. Zorgkantoren hanteren de voorwaarden en richtlijnen uit dit kader uniform.

Zorgkantoren maken wijzigingen in dit landelijk beleidskader zichtbaar

Dit document wordt aangepast als er een nieuwe ontwikkelingen en aanvullende voorwaarden zijn. Indien nodig worden de relevante branches vooraf geïnformeerd. De inhoudelijke wijzigingen van het beleidskader worden bij iedere nieuwe versie in deze inleiding benoemd en de betreffende stukken grijs gearceerd.

Het document is opgedeeld in algemene/ sector-overstijgende en sectorspecifieke thema's.

De inkoopthema's zijn uitgewerkt volgens een vaste indeling:

- Een inleiding; hier leest u meer informatie over of toelichting op een thema
- Aanvullend beleid: hier leest u eventuele aanscherpingen, verduidelijkingen of uitwerkingen op wet- en regelgeving waar zorgaanbieders aan gehouden zijn.
- Aanvullende inkoopvoorwaarden: dit zijn specifieke voorwaarden die gelden voor het afspreken en leveren van de betreffende prestaties
- Actualiteit: hier leest u belangrijke toekomstige ontwikkelingen die betrekking tot het thema.

Indien één van bovengenoemde onderdelen niet van toepassing is, is dit betreffende onderdeel weggelaten in de tekst.

2. Inkoopbeleid voor meerdere sectoren

In dit hoofdstuk benoemen we de aanvullende inkoopvoorwaarden die voor meerdere sectoren van toepassing zijn. In de titel van de paragraaf wordt aangegeven of het betreffende onderwerp op alle drie of op twee van de drie sectoren van toepassing is.

2.1 Wlz-behandeling (V&V, GGZ en GZ)

Inleiding

Binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) hebben cliënten recht op intensieve, integrale ondersteuning wanneer sprake is van een blijvende behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Onder deze aanspraak valt ook behandeling, mits deze programmatisch wordt aangeboden, gericht is op herstel of het voorkomen van verergering, en specifiek samenhangt met de grondslag van de Wlz-indicatie. Behandeling vormt daarmee een essentieel onderdeel van het totaalpakket aan Wlz-zorg en draagt bij aan het behoud van kwaliteit van leven en functioneren.

In de praktijk zijn er drie leveringsvormen waarbinnen de behandeling verschillend georganiseerd is: verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling en behandeling thuis. Bij verblijf met behandeling is de zorgaanbieder integraal verantwoordelijk voor het behandeltraject. Bij verblijf zonder behandeling wordt de behandeling niet integraal uitgevoerd, waarbij wel goede afstemming tussen betrokken partijen noodzakelijk is. Daarnaast ontvangen steeds meer cliënten Wlz-behandeling in de thuissituatie, wat vraagt om een goede samenwerking tussen Wlz-aanbieders, huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners.

Het Convenant Medisch-Generalistische Zorg (MGZ), dat in september 2024 ondertekend is, vormt een belangrijke basis voor het borgen van de medisch-generalistische zorg—de geneeskundige basiszorg van huisartsen (HA), specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen VG (AVG)—zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren toegankelijk is voor alle Wlz-cliënten, ongeacht woon- of leveringsvorm. Door duidelijke afspraken te maken over samenwerking, verantwoordelijkheden en regionale organisatie, ondersteunt het convenant de realisatie van samenhangende en toekomstbestendige Wlz-behandeling.

Het convenant biedt een kader voor regionale samenwerkingsafspraken, waarin onder meer is vastgelegd:

- Dat toegang tot MGZ altijd gegarandeerd moet zijn;
- Dat de best geëquiperde arts wordt ingezet;
- Dat artsen ondersteund moeten worden om hun taak effectief uit te voeren;
- Dat problemen in regio's via een vastgelegde escalatieroute worden opgepakt door zorgkantoor en zorgverzekeraar.

Beleid

Wij verwachten dat elke regio het convenant MGZ implementeert door aan de daarvoor bestemde regiotafels afspraken te maken. Voor het maken van afspraken kan de modelovereenkomst MGZ gebruikt worden, of in ieder geval zijn er inhoudelijke afspraken over de onderwerpen die in de modelovereenkomst staan. Voor de sector V&V is volledige dekking van de MGZ een van de randvoorwaarden voor extramuralisering. Een uitwerking voor de V&V is opgenomen in hoofdstuk 3.1.

Het zorgkantoor maakt vervolgens met zorgaanbieders de inkoopafspraken met betrekking tot de behandeling. Integraal als onderdeel van het verblijf of los als MPT-prestatie(s). De beleidsregels van de NZa en een doelmatige inzet van behandeling zijn hierbij het uitgangspunt. Als de behoefte aan behandeling structureel is, en de zorgaanbieder heeft nog geen afspraken voor een ZZP inclusief behandeling, dan bespreekt de zorgaanbieder dit met het zorgkantoor. Hoe het zorgkantoor met het verzoek omgaat, is afhankelijk van regionaal beleid en van de beschikbare contracteerruimte. De zorgkantoren toetsen achteraf op doelmatige inzet en de inzet van behandeling conform het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- Elke zorgaanbieder heeft de MGZ conform het convenant voor haar cliënten georganiseerd, ongeacht de leveringsvorm.
- Elke zorgaanbieder zet haar beschikbare SO/ AVG capaciteit in de regio in volgens de conform het convenant gemaakte regionale afspraken over de regionale inzetbaarheid van de aan de aanbieder verbonden SO of AVG.
- Voor prestatie H335/ H336 is in principe een SO dan wel AVG beschikbaar. Binnen de prestatie H335/ H336 kunnen Verpleegkundig Specialisten (VS) en Physician Assistants (PA) zelfstandig de zorg uitvoeren, voor zover dit past binnen de daarvoor geldende regels en normen. H335/ H336 kan ook afgesproken worden voor de inzet PA/ VS mits er aantoonbare, ondertekende, afspraken zijn tussen zorgaanbieder - HA - SO/ AVG.

2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ)

Inleiding

Binnen het thema Mondzorg maken we onderscheid tussen de dagelijkse mondverzorging en de professionele mondzorg, ook wel tandheelkundige zorg genoemd.

Dagelijkse mondverzorging

De dagelijkse mondverzorging van het (kunst)gebit maakt onderdeel uit van de Wlz-aanspraak persoonlijke verzorging (ook onderdeel van het geïndiceerde ZZP/zorgprofiel). Wanneer cliënten een Wlz-indicatie hebben dan is de zorgaanbieder die de persoonlijke verzorging verleent, daarmee ook verantwoordelijk voor de dagelijkse mondverzorging.

Tandheelkundige zorg/professionele mondzorg

Tandheelkundige zorg of professionele mondzorg is zorg die:

- geleverd wordt conform de actuele mondzorg-regelgeving (beleidsregels) van de NZa én;

– geleverd wordt door een mondzorgprofessional. Onder mondzorgprofessional verstaan wij de tandarts, de mondhygiënist, de orthodontist, de tandprotheticus en de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT). Een preventie-assistent is geen zelfstandige mondzorgprofessional en kan alleen in opdracht en onder verantwoordelijkheid van een tandarts taken uitvoeren

We benadrukken dat tandheelkundige zorg/professionele mondzorg dus niet de dagelijkse mondverzorging betreft.

Clënten met een Wlz-indicatie voor verblijf met behandeling die in een Wlz-instelling wonen en van diezelfde instelling behandeling krijgen, hebben recht op tandheelkundige zorg/professionele mondzorg uit de (bovenbudgettaire) Wlz. Als de behandeling bij een verblijf met behandeling niet geleverd wordt door dezelfde instelling, als er sprake is van verblijf zonder behandeling, een VPT, MPT, PGB of een combinatie van PGB/MPT, dan geldt dat de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg wordt gefinancierd uit de Zvw, uit een aanvullende (tand)verzekering of voor eigen rekening van de cliënt komt.

De informatie over tandheelkundige zorg is te vinden in de Beleidsregels voor mondzorg¹, in de Regeling mondzorg en, daar waar van toepassing, in de bijbehorende prestatie- en tariefbeschikkingen. Daarnaast verwijzen we u naar de actuele Algemene voorwaarden mondzorg Wlz, zoals gepubliceerd op de websites van de zorgkantoren. Wanneer mondzorgprofessionals bij het zorgkantoor declareren, zijn de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz van toepassing. Mondzorgprofessionals moeten de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz formeel accepteren in het VECOZO-zorginkoopportaal om mondzorg te kunnen declareren bij het zorgkantoor. Ook attenderen wij u op de Informatiekaart NZa regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie, die te vinden is op de website van de NZa².

Niet alle zorg vergoed

Niet alle tandheelkundige zorg wordt (geheel) vergoed. De precieze regels bij tandheelkundige zorg zijn te vinden in de Regeling langdurige zorg, artikel 2.4.

Beleid

Het aanvullend beleid van de zorgkantoren richt zich met name op het regelen van de machtigingen en vergoedingen.

Machtigingen en vergoedingen

De tandheelkundige zorgkosten worden bovenbudgettair vergoed in geval van verblijf met behandeling bij dezelfde zorgaanbieder. Voor een deel van de behandelingen is een machtiging nodig. De mondzorgprofessional vraagt, zo nodig, een machtiging aan en declareert de verleende zorg bij het zorgkantoor. Vergoedingen in de Wlz zijn, met uitzondering van orthodontie en een beperkt aantal kostencodes, op basis van bestede tijd. Ter

¹ De Beleidsregels voor mondzorg betreffen: de Beleidsregel Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk, de Beleidsregel Tandheelkundige zorg, de Beleidsregel Orthodontische zorg en de Beleidsregel Bijzondere tandheelkunde instellingen. Zie verder ter informatie: [Overzicht aanbevelingen - Mondverzorging | Richtlijnen Langdurige Zorg](#)

² Zie de Informatiekaart van de NZa (Informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie); zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_728209_22/1/

onderbouwing van de bestede tijd wordt gebruik gemaakt van reguliere NZa-prestatiecodes. Daarnaast mag de mondzorgprofessional techniek- en materiaalkosten in rekening brengen.

De zorgkantoren hebben op hun website nadere informatie staan over onder andere de behandelingen waarvoor een machtiging aangevraagd moet worden, de wijze van aanvragen van machtigingen en declareren en de tarieven.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

Voor dagelijkse mondverzorging geldt dat afspraken die hierover tussen cliënt en zorgaanbieder worden gemaakt, altijd terug te vinden zijn in het zorgplan van de cliënt.

Voor de zorgaanbieder die aan cliënten Wlz-verblijf met behandeling levert, gelden bij de zorgverlening aan die cliënten de volgende aanvullende voorwaarden.

- De zorgaanbieder en de mondzorgprofessional, die een onderaannemer van de zorgaanbieder is, maken vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken. Onder andere over de mondzorgverlening en de informatie die nodig is om een machtigingsaanvraag te doen (waar nodig), de zorg te registreren en te declareren³. In de samenwerkingsafspraken wordt opgenomen dat de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz van toepassing zijn als de mondzorgprofessional bij het zorgkantoor declareert. Daarnaast hebben de zorgkantoren het document *Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg* opgesteld. Zie voor de handvatten bijlage 1 bij dit landelijke beleidskader.
- De door de mondzorgprofessional geleverde zorg wordt zowel vastgelegd in het cliëntdossier van de Wlz-zorgaanbieder als in het cliëntdossier van de mondzorgprofessional.
- De mondzorgprofessional is verantwoordelijk voor de inhoud van een tandheelkundig zorgplan en voor de behandeling. In het tandheelkundig zorgplan is de benodigde zorg beschreven. De Wlz-zorgaanbieder ziet erop toe dat het tandheelkundig zorgplan deze beschrijving bevat.
- De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de mondzorgprofessional de zorg kan leveren. Denk daarbij aan het beschikbaar stellen van een ruimte of het brengen (en halen) van de cliënt naar de mondzorgprofessional.
- De Wlz-zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de mondzorgprofessional (diens onderaannemer) de zorg daadwerkelijk levert. Hij ziet erop toe dat de tandheelkundige zorg het meest passend is voor de cliënt en controleert dat de mondzorgprofessional niet meer tijd of andere of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder heeft zijn AO/IC hierop aangepast.
- De Wlz-zorgaanbieder zorgt voor kwalitatief goede mondzorg: dagelijkse mondverzorging en tandheelkundige zorg/professionele mondzorg. De zorgaanbieder geeft prioriteit aan de verdere verbetering van de tandheelkundige mondzorg en aan het bevorderen van de deskundigheid van het personeel als het gaat om dagelijkse mondverzorging.
- De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per jaar interne audits uit naar de kwaliteit van de mondzorg, waarbij de drie pijlers uit het relevante toetsingskader van de IGJ⁴ – persoonsgerichte zorg, deskundige medewerkers en sturen op kwaliteit en veiligheid – aan de orde komen. Het zorgkantoor kan toetsen of de audits zijn uitgevoerd.

³ Meer informatie over de juiste prestaties is te vinden in de informatiekaart van de NZa (Informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie); zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_728209_22/1/.

⁴ Toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de IGJ.

2.3 Hulpmiddelen en roerende voorzieningen (V&V, GGZ en GZ)

Inleiding

We onderscheiden diverse soorten hulpmiddelen:

1. Roerende voorzieningen. Dit zijn hulpmiddelen voor zorg en wonen die meerdere personen gebruiken, zoals hoog-laagbedden, tilliften en douchestoelen. De zorgaanbieder financiert de roerende voorzieningen uit het budget van de instelling.
2. Mobiliteitshulpmiddelen, zoals een individueel aangepaste rolstoel, aangepaste fietsen en een scootmobiel voor individueel gebruik. Deze hulpmiddelen worden bovenbudgettair vergoed.
3. Hulpmiddelen voor verpleging en verzorging, zoals stoma-materialen en wondverzorgingsproducten. Alleen voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling betaalt de zorgaanbieder deze hulpmiddelen uit het instellingsbudget.
4. Persoonsgebonden hulpmiddelen, zoals orthopedisch schoeisel, persoonsgebonden kleding, prothesen en statische ligorthesen. Deze hulpmiddelen worden voor Wlz-cliënten met verblijf inclusief behandeling bovenbudgettair vergoed.

Meer informatie over hulpmiddelen en roerende voorzieningen vindt u hier:

- [De hulpmiddelenwijzer](#)
- Artikel 3.1.2 van het Besluit langdurige zorg
- Artikel 2.3 van de Regeling langdurige zorg

Beleid

Het beleid van de zorgkantoren richt zich op het vormgeven van het proces van aanvragen, machtigingen en vergoedingen van de bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. Een gekwalificeerd en deskundig paramedicus stelt de indicatie. Bijvoorbeeld een ergotherapeut of een fysiotherapeut met een specifieke opleiding rond die indicatiestelling.

Zorgaanbieders werken samen met de gecontracteerde leveranciers van bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen. De zorgkantoren sluiten contracten met hulpmiddelenleveranciers. Deze leveranciers leveren in opdracht van de zorgaanbieder het hulpmiddel en faciliteren de cliënt en de zorgaanbieder in een juist en veilig gebruik van het hulpmiddel. De hulpmiddelenleverancier declareert rechtstreeks bij het zorgkantoor.

Goede samenwerking en registratie zijn van belang om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de hulpmiddelenzorg te borgen.

Per 2021 ingestroomde GGZ-cliënten mogen mobiliteitshulpmiddel behouden

Sinds 1 januari 2021 kunnen mensen die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, direct toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Aandachtspunt hierbij is: cliënten met een indicatie GGZ-wonen die in een Wlz-instelling verblijven, voorheen zorg ontvingen via de Wmo en al in het bezit zijn van een mobiliteitshulpmiddel, mogen deze behouden. De gemeente blijft verantwoordelijk voor onderhoud,

reparaties en aanpassingen tot het hulpmiddel vervangen moet worden. Pas bij vervanging wordt een nieuwe aanvraag gedaan, ten laste van de Wlz

Aanvullende inkoopvoorwaarden

Voor bovenbudgettair gefinancierde hulpmiddelen gelden specifieke protocollen. Deze protocollen maken onderdeel uit van de overeenkomst met de leveranciers en zijn door de meeste zorgkantoren opgenomen in het regionale deel van de overeenkomst met de zorgaanbieder. Het gebruik en de toepassing van de protocollen geldt dus zowel voor de zorgaanbieder als voor de hulpmiddelenleverancier. In de protocollen vindt u ook de aanvraagprocedure. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het zorgkantoor of de website van uw zorgkantoor raadplegen.

2.4 Toeslag chronische ademhalingsondersteuning (V&V en GZ)

Inleiding

In de beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis is de toeslag chronische ademhalingsondersteuning opgenomen. Deze toeslag is van toepassing op cliënten met een indicatie voor LG2 en LG4 tot en met 7, VV4 tot en met 9b en VG3 tot en met 8.

Beleid

Zorgkantoren zien deze zorg als specialistische zorgaanbod en kopen deze zorg geconcentreerd in. Specifiek voor de invasieve beademing geldt dat deze zorg alleen kan worden geleverd op een plaats met behandeling, gezien het medisch specialistische karakter van deze zorg. Deze beademingsplekken worden zoveel als mogelijk geclusterd geleverd en hebben een regionale functie. Deze prestatie met bijbehorende tariefafspraken is zowel van toepassing op de planbare als de niet-planbare inzet van personeel.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- Er zijn aantoonbaar contacten met zowel medisch specialisten als met het Centrum voor Thuisbeademing (CTB).
- Er is sprake van aantoonbare samenwerking met een nabijgelegen ziekenhuis om snel te handelen in crisissituaties.
- Het personeel dat betrokken is bij de (non-)invasieve beademing van cliënten is hiertoe aantoonbaar geschoold. Bij scholing is een van de Centra voor Thuisbeademing betrokken.
- De zorgaanbieder heeft kennis en kunde continu paraat en maakt deze specialistische functie bekend op haar website en in het foldermateriaal.

2.5 Infectiepreventie (V&V, GZ en GGZ)

Inleiding

Om te zorgen dat de langdurige zorg goed is voorbereid op (pandemische) uitbraken van infectieziekten, is middels het Beleidsprogramma pandemische paraatheid van VWS ingezet op het versterken van hygiëne en infectiepreventie. Kennis en expertise over hygiëne en infectiepreventie zijn van groot belang bij het voorkomen en bestrijden van een uitbraak en het beschermen van cliënten en zorgverleners.

Beleid

Infectiepreventie maakt aantoonbaar een vast onderdeel uit van de kwaliteitscyclus van een zorgaanbieder.

2.6 Laag Volume Hoog Complex (V&V, GZ, GGZ)

Inleiding

De LVHC-kennisstructuur is ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om concentratie en specialisatie van kennis en expertise binnen de langdurige zorg voor laag-volume, hoog-complexe (LVHC) doelgroepen te realiseren. Deze infrastructuur bestaat uit het delen van kennis alsmede het leveren van intensieve zorgverlening door expertisecentra. Om regie te voeren op de realisatie van deze kennisinfrastructuur heeft de Minister in 2019 de commissie expertisecentrum langdurige zorg (hierna: de CELz) ingesteld. Onder regie van de CELz is een landelijk dekkend netwerk van gespecialiseerde LVHC zorg ontstaan. De aanspraken zijn vastgelegd in de Regeling langdurige zorg (Rlz). En de NZa heeft voor LVHC zorg prestaties vastgesteld met bijbehorende tarieven (beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz). Met ingang van 1 januari 2027 houdt de CELz op te bestaan. Er zijn landelijk bestuurlijke afspraken gemaakt voor de periode 2027 – 2029 ten behoeve van de structurele borging van LVHC zorg in het zorgsysteem zonder de CELz. De afspraken die betrekking hebben op de zorginkoop zijn opgenomen in dit beleidskader.

Er wordt in de tekst nog gesproken over de CELz, omdat zij tot 2027 een relevante rol hadden in de LVHC-processen die van belang waren voor de zorginkoop. En die de komende jaren als uitgangspunt nog belangrijk blijven voor de zorginkoop.

Beleid

In de Rlz zijn de volgende LVHC doelgroepen opgenomen:

- Korsakov
- Huntington
- Langdurige Bewustzijns Stoornis (LBS)
- Gerontopsychiatrie (GP+)
- Dementie met zeer ernstig probleemgedrag (DZEP)
- Multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen (MS+)
- Niet aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag (NAH+)

De Zorgkantoren kopen deze zorg in bij een selecte groep zorgaanbieders. Zorgkantoren hanteren hiervoor het door de CELz in 2026 geactualiseerde landelijk cliëntvolume en de zorglandschappen met daarin het aantal benodigde plaatsen REC's en DEC's per doelgroepenennetwerk als uitgangspunt voor de zorginkoop voor de jaren 2027 tot en met 2029. Dit betekent dat voor het jaar 2027 in principe de bestaande inkoopafspraken bij de zorgaanbieders die eerder door de CELz zijn aangewezen als regionale en doelgroepen expertisecentra (hierna: REC en DEC) worden gecontinueerd.

Financieel uitgangspunt voor de zorginkoop LVHC (inclusief CCA) in de periode 2027-2029 zijn de financiële uitgaven 2026 (rekening houdend met correcties als gevolg van inflatie en demografische trends).

Uitbreiding of herverdeling van de LVHC zorg kan alleen als voldaan wordt aan de inkoopvoorwaarden en er sprake is van een tekort aan plaatsen of onderuitnutting van de afgesproken plaatsen. Dit wordt bepaald aan de hand van

- a. Het geactualiseerde landelijke cliëntvolume en de zorglandschappen op doelgroepnetwerkniveau (2026);
- b. Declaratiedata;
- c. Door de Federatie LVHC gedeelde inbreng met betrekking tot de concentratie van LVHC-zorg, de borging van landelijke dekking en aanpassingen in de zorglandschappen, gebaseerd op analyses van incidentie, prevalentie en prognoses, aangevuld met een periodieke en gestructureerde veldraadpleging door de Federatie LVHC over relevante ontwikkelingen in het landelijke zorgaanbod, de zorgvraag en de benutting van de beschikbare capaciteit.
- d. Wachtlijstinformatie per doelgroepnetwerk en per expertisecentrum die de Federatie LVHC verzamelt en periodiek deelt met de Zorgkantoren, passend bij de inkoopcyclus;
Hierbij wordt rekening gehouden met het verschil in tarief tussen de doelgroepen, zodat de herverdeling van plaatsen budgetneutraal wordt uitgevoerd.

Aanvullende inkoopvoorwaarden intramurale zorg

Inhoudelijk

- De zorgaanbieder maakt deel uit van het zorglandschap dat vanaf 2027 wordt vastgesteld door de federatie na afstemming met het zorgkantoor.
- Zorgaanbieder heeft een schriftelijke bevestiging van het positief deskundigenadvies van de CEIz, waarbij per REC of DEC het maximum aantal plaatsen wordt benoemd en waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de toetsingscriteria van de CEIz. Of beschikt vanaf 2027 over een (her)visitatierapport van een onafhankelijk visiterende partij waaruit blijkt
 - dat de zorgaanbieder voldoet aan de gestelde eisen in de module: organisatiebeschrijving LVHC en bijbehorend meetinstrument LVHC (hierna module LVHC).
 - het aantal gevisiteerde plaatsen.
- De zorgaanbieder is lid van het landelijke doelgroepennetwerk en verbindt zich aan de ontwikkelde standaarden, werkwijzen, interventies, de in de module LVHC gestelde criteria en beleidsregels van de NZa. Zorgaanbieder implementeert deze in de eigen organisatie. Hierdoor ontstaat een continu proces van leren en verbeteren.

Inkoop

- De EX-prestatie behorende bij het ZZP van de betreffende LVHC doelgroep kan worden gedeclareerd vanaf de ingangsdatum vermeld op het positief deskundigenadvies van de CEIz of vanaf 2027 de datum vermeld in het visitatierapport.
- De productieafsprake is gebaseerd op het aantal plaatsen verblijf zoals opgenomen in het positief deskundigenadvies van de CEIz of vanaf 2027 het visitatierapport. Dit aantal plaatsen per REC of DEC kan niet worden verhoogd.
- De productieafsprake kan niet hoger zijn dan het aantal verblijfsplaatsen genoemd in het positief deskundigenadvies van de CEIz of vanaf 2027 het visitatierapport maal het aantal verwachte ligdagen van het betreffende jaar.
- De productieafsprake kan alleen gemaakt worden binnen de duur van het positief deskundigenadvies van de CEIz of vanaf 2027 het visitatierapport.
- Het regionale tariefpercentage van het zorgkantoor is van toepassing.

- Alle gecontracteerde zorgaanbieders die vanaf 2027 REC/DEC prestaties declareren, dienen uiterlijk 1 juli 2027 volledig aan de geldende eisen in de prestatiebeschrijvingen te voldoen (zie paragraaf 2.4, afspraak 2c van de set bestuurlijke afspraken).

Deze inhoudelijke- en inkoopvoorwaarden zijn een randvoorwaarde voor de zorginkoop, maar geven geen recht op contractering van LVHC zorg. Dit is mede afhankelijk van de verwachte zorgvraag, de benutting van de reeds ingekochte capaciteit en het zorglandschap.

Aanvullende inkoopvoorwaarden voor cliëntgebonden consultatie en advies (CCA)

Inhoudelijk:

- Voor zorgaanbieders die CCA willen bieden, gelden dezelfde inhoudelijke aanvullende inkoopvoorwaarden zoals hierboven onder paragraaf 2.8 voor REC en DEC zijn beschreven.
- Zorgaanbieders die CCA leveren en declareren dragen actief bij aan de monitoring van de CCA functie via de door de betreffende doelgroepnetwerk beschikbaar gestelde dataset.
- Een CCA traject van 6 maanden en maximaal 32 uur kan eenmaal per jaar plaatsvinden. Een nieuw traject kan dus pas 1 jaar na afronding van een CCA traject worden opgestart. Als bijvoorbeeld een traject in oktober wordt gestart en in maart eindigt, kan een eventueel nieuw traject pas starten in april van het volgende jaar.

Inkoop:

Tarief

- Op de tarieven van de CCA-prestaties wordt het voor de zorgaanbieder geldende tariefpercentage toegepast.
- Zorgkantoren kunnen in de toekomst besluiten om maatregelen te nemen om de kosten te beheersen, danwel passende budgetafspraken op aanbieder niveau te maken. Dit kan op basis van de informatie die komende jaren beschikbaar komt over de daadwerkelijke inzet van deze prestaties.

Monitoring van de kostenontwikkeling

- Gedurende het jaar zullen de zorgkantoren de ontwikkeling van de kosten van CCA monitoren.
- Zorgaanbieders die CCA-prestaties declareren leveren actief een bijdrage aan de monitoring, in overeenstemming met de in het BO LVHC geaccordeerde afspraken.

2.7 Duurzaamheid

Inleiding

Als zorgkantoren willen we – naast verduurzaming van onze eigen organisatie – ons inzetten om de verduurzaming van het zorglandschap te versnellen.

De Green Deal Duurzame Zorg (GDDZ), die ondertekend is door Zorgverzekeraars Nederland, de verschillende zorgbranches, individuele zorgkantoren en veel zorgaanbieders, vormt hiervoor de basis.

Veel zorgaanbieders/leveranciers hebben inmiddels grote of kleinere stappen gezet om hun zorg te verduurzamen.

Via ons zorginkoopbeleid willen we zorgaanbieders aansporen om verder te werken aan de doelen en afspraken uit de GDDZ. Als zorgkantoren zorgen we voor gelijkgericht beleid en sluiten zoveel mogelijk aan op de focuspunten die de zorgbranches het belangrijkst vinden.

Beleid

Verduurzaming van de Wlz

De zorgkantoren willen bijdragen aan het verlagen van de klimaat- en milieu impact van de zorg. Dit doen we door, naast verduurzaming van de eigen bedrijfsvoering, zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken. We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- zich inspannen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de GDDZ;
 - En in het bijzonder zich inspannen om het gebruik van incontinentiemateriaal met 5 à 10% te verminderen in 2030 t.o.v. 2018;
- duurzaamheid verankeren in hun strategie; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar bij de zorgaanbieder;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan¹ gericht op terugdringen CO₂-emissie tgv vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector. Zie tabel groene initiatieven voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben verzameld. Groene voorbeelden zijn ook te vinden in de Toolkit duurzaamheid in de ouderenzorg van Actiz, de Toolkit Duurzaamheid VGN, de Toolkit: Samen werken aan duurzame zorg van de Nederlandse ggz of de websites van de GDDZ en Groene Zorgalliantie (GZA).

Milieuthermometer zorg

Zorgkantoren willen verduurzaming van de zorg versnellen en richting 2030 aantoonbaar duurzame zorg gaan inkopen. We gaan zorgaanbieders vragen duurzaamheid aantoonbaar te maken, bij voorkeur via de Milieuthermometer Zorg omdat deze direct aansluit op de voor de zorg relevante milieuwetgeving en de doelen van de GDDZ.

Van intramurale zorgaanbieders binnen de Zvw en Wlz met meer dan 250 FTE verwachten zorgkantoren dat ze:

- Per 1 januari 2028: Gecertificeerd voor minimaal niveau **brons** van de Milieuthermometer Zorg (of zicht op het certificaat)
- Per 1 januari 2030: Gecertificeerd voor minimaal niveau **zilver** van de Milieuthermometer Zorg

Zorgaanbieders kunnen ook kiezen voor alternatieve manieren om duurzaamheid aantoonbaar te maken mits deze alternatieven voldoende aansluiten bij de relevante wet- en regelgeving en de doelen van de GDDZ.

In de periode 2027 t/m 2030 kunnen intramurale zorgaanbieders met meer dan 250 FTE aanspraak maken op een gemaximeerde vergoeding indien gekozen wordt voor certificering via de Milieuthermometer Zorg. Zorgkantoren vergoeden de kosten voor de certificeringen van de Milieuthermometer Zorg in de volgende gevallen:

- Eerste certificering of hercertificering **brons** in de periode 1 januari 2027 – 1 januari 2028
- Eerste certificering of hercertificering **zilver** in de periode 1 januari 2027 – 1 januari 2030
- Eerste certificering of hercertificering **goud** in de periode 1 januari 2027 – 31 december 2030.

Zie **Handleiding Aantoonbare duurzaamheid en duurzaamheidscertificering in de Zorginkoop** voor een nadere toelichting.

2.8 Vastgoed

Inleiding

Passende huisvesting en passende zorg zijn onlosmakelijk verbonden. Zonder voldoende en geschikt zorgvastgoed kan Wlz-zorg niet op een verantwoorde wijze worden geleverd. Het aanbod moet aansluiten bij de actuele en toekomstige zorgvraag in de regio. Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders en in de regio in gesprek over toekomstbestendig zorgvastgoed.

Beleid

Zorgkantoren spreken het volgende met zorgaanbieders af:

- De NHC is bestemd voor de financiering van toekomstbestendig zorgvastgoed. Zorgaanbieders moeten de NHC primair inzetten ter ondersteuning van duurzame, functionele en toegankelijke huisvesting die aansluit bij de lange termijn behoeften van cliënten en zorgverleners. Wij verwachten dat een aanbieder de NHC alleen voor zorgactiviteiten inzet na een bewuste afweging en als dit niet ten koste gaat van de toekomstbestendigheid van het zorgvastgoed. Het zorgkantoor kan hierover met u het gesprek aangaan. Zorgaanbieders maken hun zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk. Hiermee verkrijgen zorgaanbieders en zorgkantoren inzicht in de kosten en baten van het vastgoed. We gaan op brancheniveau in gesprek over de manier waarop dit kan worden vormgegeven.
- Zorgaanbieders stellen (als dit er nog niet is) een strategisch huisvestingsplan op dat aansluit bij hun zorgvisie en een heldere lange termijn blik biedt op de vastgoedportefeuille. Dit plan bevat tevens de duurzaamheidsopgave van de organisatie en kan door het Zorgkantoor worden opgevraagd.
- Zorgaanbieders informeren en, waar nodig, betrekken zorgkantoren bij keuzes over vastgoed, gezien de impact hiervan op de beschikbaarheid van passend vastgoed in de regio.

2.9 Informatie over het zorgaanbod

Inleiding

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van keuze- informatie over het gecontracteerde Wlz-zorgaanbod in de zorgkantoorregio's en gebruikt hiervoor de online Zorgatlas (<https://www.zorgatlaswlz.nl>). Dit is een landelijke keuzetool van alle zorgkantoren.

Beleid

Zodra een (al gecontracteerde) zorgaanbieder en het zorgkantoor overeenstemming hebben bereikt over de productieafpraak, toetst de zorgaanbieder of de keuze-informatie in de Zorgatlas (nog) juist en volledig is. Het actualiseren van gegevens in de beheeromgeving van de Zorgatlas is een continu proces. Zijn er in een lopend jaar wijzigingen in het gecontracteerde zorgaanbod of in locatiegegevens, dan past de zorgaanbieder de informatie in deze omgeving hierop aan. Nieuw gecontracteerde zorgaanbieders zorgen er ook voor dat actuele informatie over het Wlz- zorgaanbod beschikbaar is in de Zorgatlas. Voor het gebruik van de beheeromgeving is een handleiding beschikbaar.

Iedere zorgaanbieder die voor 2027 wordt gecontracteerd, heeft uiterlijk 1 december 2026 zijn gegevens gevuld, gecontroleerd en/of geactualiseerd. Het actualiseren van gegevens in de beheeromgeving van de Zorgatlas blijft daarna een continu proces.

2.10 Digitale gegevensuitwisseling

Inleiding

Het bieden van passende zorg en de focus op gezondheid vragen om het goed en veilig kunnen delen van informatie in het netwerk van zorgprofessionals en informele zorg rondom patiënt en cliënt. Databeschikbaarheid en digitale gegevensuitwisseling zijn essentieel om transmurale zorg en netwerkgorg mogelijk te maken. De Wet Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) en de verordening European Health Data Space (EHDS) verplichten zorgaanbieders zorggegevens elektronisch te kunnen uitwisselen.

Beleid

Wij verwachten dat zorgaanbieders zich inzetten om aan de landelijke standaarden voor databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling te voldoen, zoals die zijn afgesproken in het Integraal zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). De implementatie hiervan vraagt om regionale samenwerking.

Wij verwachten bovendien dat zorgaanbieders zullen aansluiten op de generieke functies voor toestemming, lokalisatie, adressering en authenticatie. Meer informatie over digitale gegevensuitwisseling vindt u op het dossier digitalisering van ZN.

3. V&V

3.1 Randvoorwaarden extramuralisering VV

Inleiding

De vraag naar ouderenzorg groeit gestaag, mede door de vergrijzing en de toenemende complexiteit van zorgvragen. In lijn met het uitgangspunt “thuis, tenzij” en de maatschappelijke ontwikkelingen waarbij autonomie, zelfredzaamheid en langer thuis centraal staan, wordt deze groeiende zorgvraag extramuraal opgevangen. Hierbij wordt de langdurige zorg geleverd vanuit het gedachtengoed dat mensen, waar mogelijk, zelf regie voeren op hun leven en de begeleiding, ondersteuning en zorg die zij ontvangen. Dat betekent dat ouderen deze, zo lang het verantwoord en haalbaar is, ontvangen in hun eigen woonomgeving.

Waar mogelijk en noodzakelijk, wordt professionele zorg die nodig is, toegevoegd aan het leven van een cliënt met een Wlz-indicatie, zodat deze zo goed als mogelijk zijn of haar leven kan blijven leiden zoals gewenst. Bij voorkeur in de vertrouwde woning, maar als dat niet meer passend is, in een andere woning die beter aansluit bij de levensfase en zorgbehoefte. Om dit zo goed mogelijk te faciliteren zetten zorgkantoren in op het verder op orde brengen van de randvoorwaarden. Dit is het fundament dat noodzakelijk is voor een toekomstbestendig zorglandschap waarin “thuis, tenzij” de norm is.

Beleid

Voor de komende beleidsperiode zijn vier randvoorwaarden geprioriteerd:

- Volledige dekking van ANW-zorg
- Volledige dekking van MGZ
- Voldoende logeerszorg
- Coördinatie van beschikbare (regionale) capaciteit, bijv. via coördinatiepunten

Om deze op orde te brengen verwachten wij dat zorgaanbieders samenwerken met onder andere (Wlz-)zorgaanbieders, gemeenten en het zorgkantoor. Hiernaast blijft het van belang om ook aan andere randvoorwaarden te blijven werken, zoals initiatieven rondom sociale cohesie, preventie en inzicht in welzijn- en zorgbehoefte. Daarbij verdient ook de bredere sociale context blijvende aandacht, met oog voor duurzame inzetbaarheid van mantelzorgers en het informele netwerk van de cliënt.

De randvoorwaarden/ de aanvullende inkoopvoorwaarden

Volledige dekking van ANW-zorg

Definitie

Dit betreft de beschikbaarheid van alle benodigde onplanbare zorg en ondersteuning, zoals medisch generalistische (SO of huisarts) en verpleegkundige zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie in de avonden, nachten en weekenden:

- Op werkdagen de periode tussen 17:00 uur en 08:00 uur.
- In het weekend van vrijdag 17:00 uur tot maandag 08:00 uur.
- Op Landelijke feestdagen waarop ook reguliere huisartsenzorg gesloten is/niet beschikbaar is.

Minimale eisen

- Zorgaanbieders maken afspraken over 24/7 beschikbaarheid van alle benodigde zorg en ondersteuning (planbaar en onplanbaar):
 - Er zijn regionale afspraken gemaakt over (verpleegkundige) triage.
 - Er zijn regionale afspraken gemaakt over bereikbaarheid van een huisarts, of Specialist Ouderengeneeskunde.
 - Er zijn regionale afspraken gemaakt over de tijd die het kost om bij een cliënt te komen.
 - Er zijn werk- en/of procesafspraken gemaakt over:
 - Rapportage en dossiervorming en methodieken.
 - Overdracht en consultatie
 - Telefonische bereikbaarheid
 - Behandeling, verpleegkundige en/of medische handelingen
 - Financiering en onderlinge declaraties
 - Inzet paramedische diensten en andere behandelaren
- Bij het maken van deze afspraken wordt met cliënten en betrokken netwerken vastgelegd welke taken en verantwoordelijkheden bij het netwerk en de cliënt liggen, en in welke situaties contact kan worden opgenomen met de ANW-dienst.
- Bij het maken van deze afspraken wordt, waar mogelijk, samengewerkt met andere zorgaanbieders en/of bestaande samenwerkingsverbanden die zijn ontstaan vanuit de verantwoordelijkheden rond het convenant MGZ, de regionale expertisecentra voor verblijf (RESV's) of de afspraken voor ANW-diensten in de wijkverpleging.
- Toegankelijke ANW-zorg is randvoorwaardelijk voor goede zorg thuis. Vanuit doelmatigheid, efficiëntie en continuïteit is het onwenselijk of onhaalbaar dat iedere zorgaanbieder deze zorg volledig zelfstandig organiseert. Elke gecontracteerde zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het organiseren van ANW-zorg voor zijn cliënten. Hij kan hierbij samenwerken of andere zorgaanbieders inzetten, bijvoorbeeld via onderaanneming. Deze samenwerking vindt plaats zonder onderlinge afspraken die toetreding of keuzevrijheid beperken.

Als de toegankelijkheid of doelmatigheid van ANW-zorg regionaal onder druk staat, kan het zorgkantoor besluiten de organisatie van ANW-zorg regionaal te herzien en voor de uitvoering daarvan zorgaanbieders individueel benaderen.

Volledige dekking van MGZ

Definitie

Medisch generalistische zorg (MGZ) betreft, conform het convenant MGZ, het geheel aan geneeskundige zorg dat huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG) gezamenlijk leveren aan mensen met een Wlz-indicatie. Deze zorg wordt zowel overdag (reguliere zorg) als tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren, spoedzorg) verleend. MGZ is gericht op het beantwoorden van algemene medische zorgvragen binnen de context van langdurige zorg, met aandacht voor de complexe zorgvraag van een cliënt met een Wlz-indicatie en de afhankelijkheden van zorg met ondersteuning en mantelzorgtaken. Voor de dekking van de MGZ is samenwerking met de eerstelijnszorg van belang, waarbij specifiek aandacht nodig is voor vervlechting van de MGZ met de HAP, de onderlinge digitale gegevensuitwisseling en taakherschikking naar VS/PA. Dit onderdeel ligt beperkt binnen de invloedssfeer van zorgkantoren.

Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij aansluiten bij de afspraken uit het convenant MGZ en de handreiking MGZ, en waar nodig aanvullende regionale afspraken maken met andere zorgaanbieders en zorgkantoren.

Minimale eisen

Zorgkantoren sluiten zich met onderstaande aan bij het convenant MGZ.

- **Toegankelijkheid en inzet van artsen met passende expertise:** Zorgaanbieders en betrokken partijen dragen zorg dat MGZ 24/7 beschikbaar is voor alle Wlz-patiënten, waarbij de arts wordt ingezet die het best geëquipeerd is op basis van de zorgvraag.
- **Taakverdeling en samenwerking tussen artsen:** Zorgaanbieders dragen gezamenlijk zorg voor onderlinge afspraken over taakverdeling, consultatie, medebehandeling en regiebehandelaarschap tussen huisartsen, Specialisten Ouderengeneeskunde en artsen VG.
- **Regionale afstemming, gebruik van bestaande overlegstructuren en escalatie:** Zorgaanbieders en betrokken partijen nemen actief deel aan regiotafels (zoals IZA-tafels), maken regionale afspraken over MGZ en stellen indien nodig een escalatieproces op bij het niet-naleven van afspraken. Indien deze regionale tafels niet georganiseerd zijn, nemen gezamenlijke partijen het initiatief om deze op te richten.
- **Ondersteuning van artsen en zorgteams:** Zorgaanbieders en betrokken partijen hebben gezamenlijk afspraken gemaakt over het faciliteren van artsen met triage, MDO-organisatie, administratieve ondersteuning, passende ICT-voorzieningen, en zorgen voor gedragskundige ondersteuning bij complexe situaties.
- **Coördinatie van integrale zorg:** Zorgaanbieders en betrokken partijen hebben afspraken gemaakt hoe per patiënt een zorgprofessional wordt aangewezen voor de coördinatie van niet-medische zorg en welzijn, en organiseren begeleiding bij artsenbezoek.
- **Informatieoverdracht en gegevensuitwisseling:** Zorgaanbieders en betrokken partijen maken regionale afspraken m.b.t. actuele en overdraagbare patiëntinformatie, inclusief behandelwensen en bejegeningadvies, en maken gebruik van systemen voor veilige digitale gegevensuitwisseling, inclusief specifieke aandacht voor privacy/AVG.
- **Commitment aan het convenant:** Zorgaanbieders en partijen tonen aantoonbaar commitment aan de doelen van het convenant en dragen actief bij aan de implementatie in hun regio.
- **Actualisatie van interne richtlijnen:** Zorgaanbieders en samenwerkingspartners hebben afspraken gemaakt over het actualiseren van interne werkinstructies en protocollen in lijn met de afspraken uit het convenant MGZ.

Als het, ondanks de inspanningen van betrokken partijen en de bereidheid om volwaardig invulling te geven aan het MGZ-convenant en de in dit document opgenomen eisen, (regionaal) niet lukt om een volwaardige dekking van de MGZ te realiseren, verwachten zorgkantoren dat zorgaanbieders dit tijdig melden bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor zal in dat geval regionaal escaleren en een overleg met de betrokken partijen initiëren. Tijdens dit overleg wordt beoordeeld welke knelpunten een volwaardige implementatie belemmeren en welke acties nodig zijn om deze duurzaam op te lossen. Indien nodig zal het zorgkantoor landelijk escaleren (binnen ZN of richting VWS).

Logeerszorg

Definitie

Logeerszorg betreft tijdelijke verblijfsmogelijkheden voor cliënten met een Wlz-indicatie, ter ondersteuning van het langer zelfstandig thuis wonen en het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers en crisissituaties. Om dit te

waarborgen is voldoende en passend regionaal aanbod van belang. In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg is onder andere afgesproken dat betrokken partijen afspraken maken over de organisatie van respijt- en logeertzorg binnen het huidige wettelijke kader. Hierbij streven de betrokken partijen om samen met zorgaanbieders tot een passend regionaal aanbod te komen. Vooruitlopend op deze afspraken hanteren Zorgkantoren onderstaande minimale eisen waarover regionaal afspraken worden gemaakt.

Minimale eisen

- In elke regio maken zorgaanbieders afspraken over inzicht, coördinatie en/of communicatie over beschikbare logeercapaciteit.
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het borgen van toegang tot passende logeertzorg voor hun cliënten. Dit kan door zelf voldoende logeertzorg aan te bieden, door tijdige en werkende samenwerkingsafspraken met andere zorgaanbieders te organiseren, of door cliënten actief te wijzen op passend beschikbaar aanbod.
- Zorgaanbieders gaan bij intake en periodiek in gesprek met cliënt en mantelzorger om de ondersteuningsbehoefte van de mantelzorger te verkennen en stemmen op basis daarvan passende vormen van ondersteuning af (zoals logeermogelijkheden). Als een zorgaanbieder zelf geen logeertzorg biedt dan informeert hij de cliënt over beschikbare logeertzorg bij andere zorgaanbieders
- Zorgaanbieders hebben een visie over het betrekken, inzetten en samenwerken met mantelzorgers en/of naasten van cliënten.
- Persoonlijke zorgplannen bevatten een korte beschrijving/analyse van het netwerk/de mantelzorgers.

Coördinatie van beschikbare (regionale) capaciteit

Definitie

Coördinatie van beschikbare regionale capaciteit betreft het gezamenlijk regionaal organiseren van inzicht en afstemming rond beschikbare capaciteit of intramurale verblijfsplaatsen (inclusief crisis en logeren), ter ondersteuning van tijdige en passende plaatsing van individuele cliënten en het voorkomen van onnodige wachttijd, verkeerde bed dagen en schaduwwachttijden.

De huidige uitwerking concentreert zich op intramurale verpleeghuis capaciteit, crisisbedden en logeerplekken, vanwege de actuele urgentie en de relatief eenvoudige praktische uitwerking. Dit laat onverlet dat wij van regionale partijen – in het bijzonder zorgaanbieders – verwachten dat zij bijdragen aan het inzichtelijk maken van intramurale en extramurale zorgcapaciteit aangezien de komende jaren zoveel mogelijk zorgvragen buiten de intramurale setting moeten worden opgevangen.

Zorgkantoren stimuleren zorgaanbieders in de regio om samen te werken ten aanzien van bijvoorbeeld gezamenlijke coördinatiepunten die gericht zijn op het faciliteren van inzicht en casusgerichte afstemming rondom individuele plaatsingsvragen, inclusief domeinoverstijgende capaciteitsvraagstukken.

Minimale eisen

- In elke regio beschikken zorgaanbieders over werkaafspraken voor het delen van inzicht en het faciliteren van communicatie over beschikbare capaciteit, uitsluitend ten behoeve van individuele cliëntplaatsing.
- In elke regio maken zorgaanbieders technische afspraken over gegevensuitwisseling.
- Regio's worden gestimuleerd om gezamenlijk te werken met coördinatiepunten die inzicht en afstemming rondom individuele plaatsingsvragen ondersteunen.

3.2 Toetsingskader mpt voorliggend aan vpt

Inleiding

In het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is afgesproken dat vanaf 2027 het mpt voorliggend is op vpt bij ongeclusterde zorg. In afwachting van de nieuwe leveringsvorm introduceren wij per 2027 een toetsingskader waarin voor nieuwe cliënten, mpt voorliggend is op vpt. Zorgaanbieders hebben aangegeven behoefte te hebben aan meer duidelijkheid over wanneer het modulair pakket thuis (mpt) passend is en wanneer het volledig pakket thuis (vpt) aan de orde is bij ongeclusterde Wlz zorg. Met dit toetsingskader bieden we die duidelijkheid en ondersteunen we zorgprofessionals bij het maken van een zorginhoudelijk en doelmatig onderbouwde keuze voor de best passende leveringsvorm. Het afwegingskader is tot stand gekomen na consultatie van brancheorganisaties, en sluit aan bij de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg.

Dit toetsingskader geldt als een eerste uitwerking. Op basis van toepassing in de praktijk en in overleg met betrokken partijen kan het kader waar nodig worden bijgesteld⁵.

Beleid

Wanneer is vpt passend bij ongeclusterde Wlz-zorg?

In het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg is afgesproken dat vanaf 2027 het mpt voorliggend is op vpt bij ongeclusterde zorg⁶. De cliënt ontvangt in principe zorg via een mpt, tenzij de inzet van het vpt op grond van één of meerdere van de onderstaande criteria passender is.

1. Complexiteit, stabiliteit en planbaarheid van de zorgvraag

Dit criterium gaat primair over de zorginhoudelijke passendheid van de leveringsvorm.

vpt kan passend zijn wanneer:

- De zorg en ondersteuningsvraag structureel hoog-complex, instabiel of onplanbaar is en verzilvering via MPT door een sterk fluctuerende zorgvraag leidt tot een onevenredige onredelijke administratieve belasting.
- De zorg- en ondersteuningsvraag van de cliënt vraagt om intensieve coördinatie en afstemming tussen betrokken zorgverleners en het netwerk, die direct samenhangt met de uitvoering van de zorg aan de cliënt en binnen een mpt onvoldoende passend te organiseren is.
- De cliënt heeft een zodanig uitzonderlijke of complexe ondersteuningsbehoefte om eigen regie, autonomie en zelfredzaamheid te behouden (conform het reablement-gedachtengoed), dat reguliere ondersteuningvormen onvoldoende toereikend zijn.

2. Organisatie van zorg en inzet van alternatieven

Aan de ondersteuning en zorg van cliënten kan ook op een andere manier invulling gegeven worden dan met zorg door professionals. Het gaat hierbij om:

- Arbeidsbesparende technologie;
- Informele zorg en ondersteuning daarvan;

⁵ Eventuele aanpassingen worden jaarlijks op 1 juni tegelijkertijd met ander aanvullend beleid gepubliceerd.

⁶ Wij spreken van geclusterde zorg als drie of meer mensen met dezelfde postcode (PC6 niveau) zorg ontvangen. Voor de volledige definitie verwijzen we naar de Regiomonitor verpleegzorg van Zorgverzekeraars Nederland.

- Andere aanvullende vormen van ondersteuning.

Als de structurele inzet van de bovenstaande aspecten niet rendabel te organiseren zijn vanuit een mpt, terwijl deze wél leiden tot een aantoonbaar lagere personele inzet of tot betere ondersteuning kan een vpt passend zijn.

3. Meerwaarde van VPT voor cliënt en zorgaanbieder

Vpt kan passend zijn wanneer de aanbieder door inzet van vpt naast de geboden cliëntgebonden zorg aantoonbare meerwaarde biedt die met mpt niet of onvoldoende kan worden gerealiseerd. Dit betreft bijvoorbeeld de mogelijkheid om:

- Dagbesteding voor Wlz-cliënten in een wijk te organiseren;
- Welzijnsactiviteiten voor Wlz-cliënten in de wijk te realiseren;
- Personeel en medewerkers met een niet-zorg specifieke achtergrond doelmatiger in te zetten.

4. Omvang van het benodigde zorgpakket

Wanneer de benodigde inzet van professionele zorg beperkt is, past mpt in principe het best.

Bij hogere en structurele inzet kan vpt passend zijn, afhankelijk van de totale zorgbehoefte en organisatie van zorg. Bij een beperkt of niet volledig pakket is mpt de passende leveringsvorm.

Algemene voorwaarde, geldend voor alle criteria

Het basisuitgangspunt is te allen tijde: De kosten op cliëntniveau moeten te allen tijde in redelijke verhouding staan tot de inkomsten. Het uitgangspunt hierbij is dat wanneer de kosten minder dan 80% van de inkomsten bij inzet vpt bedragen, het mpt altijd de best passende leveringsvorm is.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

In het HLO is afgesproken dat mpt voorliggend is op vpt bij ongeclusterde zorg. De zorgkantoren hebben een toetsingskader opgesteld dat aanbieders kunnen gebruiken om te bepalen of de inzet van het vpt passend is. Wij verwachten van zorgaanbieders dat dit toetsingskader vanaf 1 januari 2027 wordt toegepast. Dit geldt voor alle nieuwe cliënten die vanaf 1 januari 2027 Wlz-zorg thuis ontvangen in de vorm van ongeclusterde zorg.

Zorgprofessionals maken op basis van dit toetsingskader een keuze voor de best passende leveringsvorm. De overwegingen die tot deze keuze hebben geleid, worden vastgelegd in het cliëntdossier.

Zorgkantoren gaan ervan uit dat minimaal 90% van de cliënten die ongeclusterde Wlz-zorg thuis ontvangen, dit kunnen verzilveren via een mpt.

Zorgkantoren gaan met zorgaanbieders in gesprek en maken indien nodig gerichte afspraken als de vpt inzet van een zorgaanbieder sterk afwijkt van andere aanbieders volgens landelijke of regionale benchmarkinformatie.

3.3 Regiobudget Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg

Inleiding

In het Hoofdpijnen Akkoord Ouderenzorg (HLO) is opgenomen dat er voor de periode 2027-2029 landelijk een regiobudget beschikbaar komt van € 40 miljoen per jaar om zorgaanbieders te ondersteunen om samen met

andere partijen in de regio te werken aan toekomstbestendige oplossingen in aansluiting bij de doelen van het HLO.

De beschikbare financiële middelen worden door de Nza verdeeld onder de zorgkantoren op basis van een passende verdeelsleutel (op basis van verdeelsleutels die ook worden gebruikt bij het bestaande Wlz-kader). Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van deze middelen.

U leest hieronder waar deze middelen voor bestemd zijn en de kaders waarbinnen de zorgkantoren afspraken met zorgaanbieders maken over de inzet van het regiobudget voor de jaren 2027 tot en met 2029.

Waarvoor is het regiobudget bestemd

Het HLO kent twee transitiedoelen: het borgen van de toegankelijkheid van ouderenzorg bij schaarste aan personeel, en het realiseren van passende zorg en ondersteuning voor (zeer) kwetsbare ouderen.

De transitiedoelen van het HLO zijn vertaald naar vijf inhoudelijke thema's waaraan het regiobudget kan worden besteed. Deze thema's dragen direct bij aan het behalen van de transitiedoelen binnen de regio.

1. Langer thuis
2. Anders werken voor passende zorg en ondersteuning
3. Aanpak arbeidsmarktvraagstukken in de zorg
4. Digitale infrastructuur
5. Ecologische duurzaamheid

Het regiobudget mag niet worden ingezet voor (her)certificering van de Milieuthermometer Zorg of voor alternatieve certificeringsvormen waarmee de verduurzaming van de organisatie wordt aangetoond.

De inzet van het regiobudget vraagt om een gezamenlijke inspanning. Alleen door in de regio actief samen te werken, kennis te delen en continu van elkaar te leren, kunnen we op alle thema's sneller en slimmer vooruitgang boeken.

Een sterke regionale samenwerking is daarmee essentieel om de transitiedoelen uit het HLO te realiseren. Het voortzetten en verder versterken van bestaande samenwerkingsverbanden is noodzakelijk om deze als krachtig vehikel in te zetten voor het behalen van de inhoudelijke doelen van het regiobudget. Daarom blijft, naast de middelen voor de inhoudelijke thema's, ook investering in regionale samenwerking nodig.

Beleid

De zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over de inzet van het regiobudget. Dat doen zij binnen de inhoudelijke doelstellingen en kaders voor praktische vormgeving die VWS aan het regiobudget heeft gesteld in een opdrachtbrief aan Zorgverzekeraars Nederland [zie kader].

De door VWS meegegeven inhoudelijke doelstellingen voor het regiobudget (tot stand gekomen in afstemming met ActiZ, ZorgthuisNL, NZa en ZN)

Thema 1. Langer thuis

Wat willen we hiermee bereiken?

Mensen kunnen langer verantwoord thuis wonen met behulp van voldoende aanbod van ondersteuning en zorg in de wijk.

Hoe kan dit in regio's worden bereikt?

Dit kan in regio's worden gerealiseerd door te investeren in een sterk wijkgericht aanbod en laagdrempelige ondersteuning en tijdige ondersteuning van mantelzorgers. Bijvoorbeeld: het versterken van het aanbod van logeerszorg of het ontwikkelen en ondersteunen van zorgzame buurten, het inzetten op preventie en waar dit verantwoord is het verschuiven van de ondersteuning van behandeling naar welzijn.

Thema 2. Anders werken voor passende zorg en ondersteuning

Wat willen we hiermee bereiken?

Het efficiënt inzetten van de beschikbare professionals, zodat:

- Cliënten passende zorg en ondersteuning ontvangen.
- Professionals hun tijd kunnen besteden aan zorg en ondersteuning die er echt toe doet en administratieve lasten worden verlaagd.
- De werkdruk vermindert.
- Het zorg- en ondersteuningsaanbod toekomstbestendig blijft ondanks personeelstekorten.

Hoe kan dit in regio's worden bereikt?

- (Sociale) innovatie: bijvoorbeeld het samenwerken met het netwerk/betrekken van informele zorg en het werken vanuit het reablement gedachtegoed.
- Inzet technologie/ AI: bijvoorbeeld het komen tot gezamenlijke inkoop van technologie zoals uitgewerkt door Anders Werken in de Zorg (AWIZ), gezamenlijk optrekken richting ontwikkelaars, of het opzetten van scholingsprogramma's over het gebruik van technologie ter ondersteuning van zorgprofessionals.
- Uniforme werkwijzen ontwikkelen: bijvoorbeeld voor het werken conform het reablement gedachtegoed. Ook kan met behulp van implementatietoolkits bewezen effectieve technologie geïmplementeerd worden met een uniforme werkwijze. Er wordt gebruik gemaakt van de inventarisatie van Vilans van werkende interventies in het kader van passende zorg en van de waardebeoordelingen die via DigiZo zijn uitgevoerd ten aanzien van bewezen effectieve technologie.

Thema 3. Aanpak arbeidsmarktvraagstukken in de zorg

Wat willen we hiermee bereiken?

Een duurzame, stabiele personeelsinzet in de regio door:

- Het vergroten van de instroom van nieuwe medewerkers (waaronder BOL- en BBL-leerlingen en zij-instroom).
- Het vergroten van inzetbaarheid en investeren in het behoud van bestaande medewerkers.
- Het terugdringen van uitstroom en ziekteverzuim.

Hoe kan dit in regio's worden bereikt?

Samenwerken: bijvoorbeeld in het begeleiden van leerlingen of het opzetten van een regionale flexpool.
Kennis ontwikkelen en delen en samen leren: bijvoorbeeld delen van ervaringen en toegepaste instrumenten, het delen van good practices en het evalueren daarvan.

Thema 4. Digitale infrastructuur

Wat willen we hiermee bereiken?

Een toekomstbestendige, digitale infrastructuur die zorgt voor:

- Betere en efficiëntere samenwerking tussen zorgaanbieders: Door gegevens veilig, tijdig en eenduidig uit te wisselen, kunnen zorg- en welzijnsprofessionals en het sociaal netwerk beter samenwerken rond ouderen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag.
- Efficiëntere en effectievere coördinatie rondom zorginzet door regionale samenwerking en implementatie van landelijke standaarden door data-uitwisseling en datagedreven werken (denk aan beter inzicht in regionale capaciteit, wachttijden en betere matching).

Hoe kan dit in regio's worden bereikt?

Voorbeelden van activiteiten waarop in de regio's kan worden ingezet:

- Regionale afspraken maken op alle lagen van het interoperabiliteitsmodel rondom implementatie databeschikbaarheid zodat zorgprofessionals over de juiste informatie kunnen beschikken en voor goede communicatie tussen kwetsbare ouderen en hun netwerk met zorg en sociaal domein.
- Implementatie en gebruik van landelijke standaarden en al bestaande functionaliteiten rondom databeschikbaarheid (bijv. ANW-toepassing, Medisch Generalistische data uitwisseling).
- Gezamenlijke governance en informatiebeveiliging regelen (bijv. via de VVT-routekaart), zodat privacy, datakwaliteit en beheer in het samenwerkingsnetwerk regionaal geborgd zijn.

Een belangrijke voorwaarde voor de regionale activiteiten gericht op het verbeteren van de digitale infrastructuur is dat ze toekomstgericht zijn en aansluiten bij landelijke afspraken en ontwikkelingen, bijvoorbeeld het programma KIK-V.

Thema 5. Ecologische duurzaamheid

Wat willen we hiermee bereiken?

Iedere investering moet bijdragen aan een toekomstbestendige, klimaatbewuste en duurzame zorgsector. Het doel is om de ouderenzorg te verduurzamen en een structureel positievere impact op het milieu en klimaat te bewerkstelligen.

Hoe kan dit in regio's worden bereikt?

Regio's kunnen dit realiseren door gericht samen te werken, regionale werkafspraken te ontwikkelen en gezamenlijk duurzame maatregelen te implementeren. Voorbeelden van onderwerpen waarop in de regio's kan worden ingezet:

Invoeren van energiebesparende maatregelen.

Kiezen voor duurzame materialen (bijvoorbeeld het terugdringen van wegwerpincontinentiemateriaal en verminderen van medicijnverspilling).

Het voorkomen van voedselverspilling.

Het vastgoed verduurzamen.

Stimuleren gebruik van duurzaam vervoer van medewerkers en cliënten voor dagbesteding (bijvoorbeeld met financiële stimulansen of pilots met elektrische deelauto's of -fietsen).

Het regiobudget HLO mag niet worden ingezet voor de kosten van (her)certificering van de Milieuthermometer Zorg of voor alternatieve certificeringsvormen waarmee de verduurzaming van de organisatie wordt aangetoond.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

Om in aanmerking te komen voor regiobudget volgen zorgaanbieders de stappen zoals hieronder toegelicht.

Stap 1: Indienen eindversie aanvraag regiobudget, jaarlijks in juli (voor 2027 is de deadline 1 juli)

Zorgaanbieders kunnen samen met andere regionale partijen een aanvraag indienen voor regiobudget. De aanvragen mogen meerjarig zijn, maar moeten passen binnen de periode 2027-2029. Voor het indienen van een aanvraag dienen zorgaanbieders uiterlijk in juli een definitieve versie aan te leveren. Dit doen ze door het volledig ingevulde indieningsformat per e-mail te sturen naar de vaste contactpersoon bij het zorgkantoor. Het indieningsformat is te vinden op de website van uw zorgkantoor [Bijlage 2 - Indieningsformat regiobudget HLO 2027 bij bijlage 2 - Landelijk beleidskader Wlz 2027].

Binnen de regio maken zorgaanbieders in overleg met het zorgkantoor afspraken over het proces om tot een aanvraag te komen.

Stap 2: Terugkoppeling uitkomsten beoordeling en vastlegging van afspraken (voorlopige gunning), jaarlijks in september (voor 2027 is de deadline 1 september)

De middelen zijn bedoeld voor transities die aantoonbaar een bijdrage gaan leveren aan de doelstellingen uit het HLO en ze voorzien in een regionale aanpak. Zorgkantoren beoordelen of de aanvragen in lijn zijn de uitgangspunten van het regiobudget. Dat doen zij op basis van de onderstaande vragen. Voor een positieve beoordeling dienen de vragen die van toepassing zijn met ja beantwoord te kunnen worden.

Aansluiting bij de regio

- Komt het voorstel voort uit een regionale tafel?
- Zijn meerdere partijen (tenminste 1 zorgorganisatie met 2 andere regionale partijen) betrokken bij de uitvoering van het voorstel, binnen de kaders van de Mededingingswet⁷?
- Is er draagvlak binnen de regio voor het voorstel?
- Voorziet het voorstel in een regionale aanpak?
- Draagt het voorstel bij aan het behalen van de transitiedoelen binnen de regio?

Aansluiting bij landelijke doelen

- Draagt het voorstel bij aan doelmatigheid, toegankelijkheid, kwaliteit en/of duurzaamheid?

⁷ En in lijn met de leidraad Uitwisselen informatie langdurige zorg

- Draagt het voorstel aantoonbaar bij aan de doelstellingen uit het HLO en een of meerdere van de afgebakende inhoudelijke thema's en doelen?

Transitieplan

- Licht er een transitieplan (inclusief begroting) aan de aanvraag ten grondslag.
- Bevat dit plan tenminste:
 - SMART-geformuleerde afspraken:
 - Specifiek – Sluit het aan op één van de vijf afgebakende inhoudelijke thema's en doelen?
 - Meetbaar – Is de KPI voor de looptijd van het plan (maximaal 2027 tot en met 2029) objectief, meetbaar en toetsbaar?
 - Acceptabel – Is het voldoende aannemelijk dat het om een nieuw initiatief gaat dat extra inspanning vergt en waarvoor nog geen financiering beschikbaar was via bestaand beleid of bestaande opslagen, transitiemiddelen of subsidies?
 - Realistisch – Is voldoende aannemelijk dat de opslag in verhouding staat tot de inspanning (gekoppeld aan de KPI's voor de looptijd van het plan)?
 - Tijdgebonden – Bevat het voorstel een duidelijke planning met bijbehorend resultaat (wanneer worden welke doelstellingen met bijbehorende KPI's behaald)?
 - Een beschrijving van de wijze waarop deze doelen bereikt worden.
 - Afspraken over verantwoordelijkheden van partijen.
 - Afspraken over monitoring en verantwoording Een uitwerking van de structurele borging van de beoogde verandering vanuit reguliere financiering na afloop van de HLO-financiering.

Financiering

- Als het voorstel uit meerdere financieringsstromen wordt gefinancierd is er sprake van een duidelijke en navolgbare scheiding tussen de verschillende financieringsstromen en /of per financieringsstroom is inzichtelijk welke onderdelen van het plan daarmee worden bekostigd, zodat dubbele financiering wordt voorkomen.
- De begroting maakt onderdeel uit van het voorstel, wordt adequaat onderbouwd in relatie tot de beoogde resultaten en is proportioneel.

Toelichting: Kosten voor overhead, projectleiding en programmamanagement kunnen hierin worden opgenomen, mits deze proportioneel zijn aan het beoogde resultaat en beperkt blijven tot wat noodzakelijk is voor een effectieve en doelmatige uitvoering van het initiatief.

Het zorgkantoor beoordeelt aanvragen integraal op basis van de beoordelingscriteria. Als niet alle beoordelvragen met 'ja' beantwoord kunnen worden, leidt dit niet automatisch tot afwijzing. In dat geval gaat het zorgkantoor met de regio in gesprek om te bezien of en hoe bijstelling mogelijk is. Het zorgkantoor neemt de eindbeslissing over voorlopige en definitieve toekenning en sluit individuele of regionale afspraken met betrokken partijen op basis van het goedgekeurde plan.

Stap 3: Verantwoording regiobudget, tenminste jaarlijks in februari (eerste deadline februari 2028)

Projecten rapporteren minimaal 1 keer per jaar conform afspraken bij de toekenning van het regiobudget. In deze rapportage geven ze aan in hoeverre het afgesproken resultaat behaald is. Het zorgkantoor stelt hiervoor bij de nacalculatie 2027 een verantwoordingsformulier beschikbaar.

Het zorgkantoor behoudt, wanneer onvoldoende voortgang of impact wordt gerealiseerd, het recht om:

- bij te sturen;
- middelen (deels) terug te vorderen;
- vervolfinanciering op te schorten.

Stap 4: Definitieve toekenning bij de nacalculatie, jaarlijks in april (eerste deadline april 2028)

Na de verantwoording en de beoordeling door het zorgkantoor wordt het regiobudget bij de nacalculatie definitief vastgesteld.

Tijdpad

In onderstaande tabel staat het tijdpad waarmee zorgaanbieders rekening moeten houden om in aanmerking te komen voor regiobudget.

Stappen	Uiterste datum	Wie
1. Indienen eindversie aanvraag regiobudget HLO	Jaarlijks, in juli (voor 2027 is de deadline 1 juli)	Zorgaanbieders
2. Terugkoppeling uitkomsten boordeling en vastlegging van afspraken (voorlopige gunning)	Jaarlijks, in september (voor 2027 is de deadline 1 september)	Zorgkantoor
3. Verantwoording regiobudget HLO	Tenminste jaarlijks, in februari (eerste deadline februari 2028)	Zorgaanbieders
4. Definitieve toekenning regiobudget HLO op basis van gerealiseerde resultaten (definitieve gunning)	Jaarlijks bij de nacalculatie in april (eerste deadline april 2028)	Zorgkantoor

3.4 Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b)

Inleiding

Voor cliënten die herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging is het belangrijk dat de benodigde expertise voor behandeling op de locatie beschikbaar is.

Beleid

De behandeling voor cliënten met een ZZP-9b heeft een medisch specialistisch karakter. De zorg voor cliënten met een vv-9b kan alleen geborgd worden op een locatie waar verblijf met behandeling geleverd wordt.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

Gezien het medisch specialistische karakter van het ZZP-9b pakket, kan deze zorg alleen worden geleverd op een locatie/plaats waar verblijf met behandeling wordt geboden.

4. GGZ

4.1 Overgangsrecht behandeling

Inleiding

Voor veel cliënten met een Wlz-indicatie voor ggz-wonen wordt de benodigde ggz-behandeling, vanwege hiervoor geldend overgangsrecht, nog bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Actualiteit

Zorgkantoren zijn in afwachting van de besluitvorming en nadere duiding vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de beëindiging van het overgangsrecht. Zodra hierover landelijke duidelijkheid bestaat, zal dit worden betrokken bij de verdere uitwerking van het zorginkoopbeleid. Zie hiervoor ook landelijke Werkagenda Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening

In de tussentijd blijven zorgkantoren in gesprek met zorgaanbieders over de toepassing van het overgangsrecht, met als doel gezamenlijk inzicht te houden in de praktijk en goed voorbereid te zijn op toekomstige beleidskeuzes.

4.2 Leveringsvoorwaarden dagbesteding GGZ

Inleiding

Zorgkantoren hebben behoefte aan meer duiding van de voorwaarden voor het mogen declareren van de ZZP/VPT prestaties inclusief dagbesteding. Daarover is overleg geweest met de NZa en de brancheverenigingen. Dat heeft ertoe geleid dat partijen de onduidelijkheid herkennen. Op advies van de Nza is ZN samen met de brancheverenigingen een signaleringstraject richting de NZa gestart met het doel om van hen de benodigde duidelijkheid te krijgen in de Nza beleidsregels.

Actualiteit

Inmiddels heeft de NZa laten weten dat zij van mening is dat geen aanvullende normering noodzakelijk is binnen de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis en de Regeling declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz.

Zorgkantoren hebben de behoefte om meer duiding te geven wanneer de tarieven inclusief dagbesteding gedeclareerd mogen worden. Het bereiken van een betekenisvolle daginvulling is een belangrijk doel in de ondersteuning van mensen met een psychische aandoening, zoals beschreven in het kwaliteitskader woonzorg langdurige zorg. "Herstelondersteunende zorg is in dit kwaliteitskader gedefinieerd als alle ondersteuning geleverd door professionele hulpverleners in samenwerking met naasten (triadisch werken) gericht op het bevorderen van het unieke herstelproces van een persoon. Zij richt zich op het hervinden en behouden van zin in het leven en van betekenisvolle rollen in de samenleving en het leren omgaan met de kwetsbaarheden.

Wij vragen van zorgaanbieders om passende daginvulling te realiseren voor alle cliënten, en waar mogelijk een vorm van (digitale) dagbesteding te bieden. Ook als er sprake is van een grillig verloop van de gemoedstoestand.

Een passende daginvulling is onderdeel van de integrale tarieven. Daarnaast is het mogelijk om “prestaties inclusief dagbesteding” te declareren als wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Voor dagbesteding geldt dat de activiteit, indien gewenst en best passend, zo veel mogelijk overdag plaatsvindt en buiten de woonsituatie, in groepsverband. Waar dit voor een individuele client niet gewenst of best passend is kan de activiteit ook 's avonds en/of binnen de woonsituatie en/of individueel plaatsvinden.
- Dagbesteding draagt bij aan een zinvolle invulling van de dag en legt inhoudelijk een accent op:
 - Arbeidsmatige dagbesteding (activiteiten met een zelfstandig karakter waarbij het vaak zal gaan om het tot stand brengen van een product of dienst, afgestemd op de mogelijkheden en interesse van de cliënt);
 - 'Activering' (activiteiten gericht op zinvol besteden van de dag, aangepast aan mogelijkheden en interesse van de cliënt, waar onder handvaardigheid, expressie, beweging, belevingsactiviteiten);
 - 'Activering, individueel belevingsgericht' (belevingsgerichte activiteiten op een eenvoudig niveau met extra aandacht voor sfeer, geborgenheid, veiligheid, ritme en regelmaat).
- Dagbesteding dient structureel geboden te worden en substantieel van aard zijn, zodanig dat het tarief in verhouding staat tot de feitelijk geleverde zorg.

Als aan deze voorwaarden is voldaan kunnen prestaties inclusief "dagbesteding" worden gedeclareerd.

Uitgangspunt is dat de geleverde inspanning van de zorgaanbieder in verhouding moet staan tot het tarief. Als de geleverde inspanning van de zorgaanbieder niet van die omvang is dat de prestaties inclusief dagbesteding redelijk is kan de geleverde "dagbesteding" via MPT worden gedeclareerd.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat afspraken over passende daginvulling en dagbesteding worden vastgelegd in het zorgplan en regelmatig worden geëvalueerd, met aandacht voor de eventuele fluctuerende gemoedstoestand. Het is belangrijk dat organisaties systematisch monitoren en evalueren hoe de herstelondersteunende zorg, waaronder de dagbesteding, vorm krijgt en wat de kwaliteit van de woonzorg is. Zorgorganisaties stellen per kalenderjaar een kwaliteitsverslag op, waarin onder meer aandacht is voor dagbesteding als belangrijk onderdeel van herstelondersteunende zorg.

De zorgkantoren gaan komende tijd met zorgaanbieders en brancheverenigingen in gesprek om, indien gewenst, de inhoudelijke duiding van dagbesteding binnen verblijf te verhelderen.

5. GZ

5.1 Specialistische zorg

Toeslag observatie

Inleiding

Betreft de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. De toeslag is van toepassing op VG5 tot en met VG8 en LVG3 tot en met LVG5.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- De zorgaanbieder verzorgt voor deze functie een bovenregionaal aanbod.
- Bij cliënten die worden opgenomen op een observatieplaats, is vooraf vastgesteld dat observatie uitsluitend kan plaatsvinden binnen een klinische setting. In algemene zin heeft ambulante observatie de voorkeur.
- De zorgaanbieder heeft observatiedoelen ontwikkeld. Op basis hiervan wordt een cliënt opgenomen op een observatieplaats. De zorgaanbieder maakt in een zorgplan duidelijk wat er geobserveerd gaat worden en met welk doel.
- Een observatie duurt in eerste instantie maximaal een halfjaar. Deze periode kan eventueel verlengd worden met drie maanden tot een maximum van één jaar observatie in totaal.
- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het observatieproces en het resultaat van de observatie in de vorm van een observatierapport (en behandeladvies). De begeleiding van de cliënt binnen de observatieplaats en de taken van het observatieproces worden uitgevoerd door medewerkers van hbo-niveau.

Zorg voor zintuiglijk beperkten

Inleiding

Betreft de ZG-prestaties in de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

De zorg voor zintuiglijk beperkten wordt zowel in de Wmo (begeleiding), de Zvw (behandeling) als de Wlz geleverd. Er kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- Iemand heeft een indicatie voor een zorgprofiel, anders dan een zorgprofiel voor een zintuiglijke handicap (ZG), én heeft behandeling nodig voor zijn zintuiglijke handicap. Dan wordt deze zintuiglijke behandeling vergoed vanuit de Zvw. Deze behandeling wordt geleverd boven op de Wlz-zorg.
- Iemand heeft een indicatie voor een ZG-zorgprofiel en heeft behandeling nodig voor zijn of haar zintuiglijke handicap. De behandeling ZG wordt in dit geval wel betaald uit de Wlz en niet uit de Zvw. De behandeling is dan integraal onderdeel van het zorgprofiel.
- Voor cliënten met een ZZP ZGvis 1 en 2 die structureel ZG-behandeling nodig hebben, kan een herindicatie worden aangevraagd. Als de behandeling voor een beperkte periode nodig is, kan de behandeling ZG voor die periode gelijktijdig met het ZZP worden ingezet en gedeclareerd. Bij ZZP ZGvis 1 en 2 is behandeling namelijk géén onderdeel van het ZZP. Voor de prestaties ZGvis 3 tot en met 5 kan behandeling wel onderdeel zijn van het ZZP. Als na herindicatie het geïndiceerde zorgprofiel een ZZP ZGvis 3 tot en met 5 is, is behandeling wel een onderdeel van het basis ZZP-budget en kan de BH ZG vanuit de rekenmodule worden gefinancierd.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- De specifieke deskundigheid die vereist is voor ZG-cliënten moet aanwezig zijn binnen de instelling. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het beheersen van de communicatiemethoden (gebarentaal, braille). Deze specifieke deskundigheid dient binnen de instelling aanwezig te zijn. Dit is nodig om de continuïteit van de benodigde zorg te kunnen garanderen en deze zorg te blijven ontwikkelen.
- Om aan bovenstaande voorwaarde te kunnen voldoen, dient er een minimum aantal ZG-cliënten aanwezig te zijn.
- De diversiteit van zorg is deels te verklaren uit het feit dat er veelal sprake is van een combinatie van beperkingen, wat ervoor zorgt dat de problematiek complex en multidisciplinair van aard is. Medewerkers moeten geschoold zijn in de specifieke ondersteuning die ontstaat door de combinatie van deze verschillende beperkingen.
- Er is een multidisciplinair team met ZG-expertise aanwezig.
- De leefomgeving moet zijn aangepast op de zintuiglijke beperking. Voorbeelden: akoestische aspecten, verlichting en inrichting van de ruimten en gebouwgebonden hulpmiddelen.
- De zorg heeft betrekking op de Wlz-zorg. Zie in de toelichting hierboven wanneer hier sprake van is.

Toeslag gespecialiseerde epilepsiezorg

Inleiding

Betreft de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis. De toeslag kent 3 niveaus: laag, midden en hoog. De beleidsregel geeft per niveau aan op welke ZZP en voor welke sector de toeslag van toepassing is.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- De zorg wordt geleverd door een instelling die het volledige spectrum aan epilepsiezorg op een kwalitatief toereikend niveau aanbiedt; hiertoe behoort ook gespecialiseerd onderwijs voor kinderen met epilepsie.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die zowel derdelijns klinische als langdurige epilepsiezorg levert en daarmee een landelijke functie voor deze specifieke doelgroep vervult.
- De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die voortdurend wetenschappelijk onderzoek verricht op het gebied van epilepsie, in samenwerking met academische partners. De zorgaanbieder heeft geborgd dat de resultaten en recente ontwikkelingen in de klinische en langdurige zorg worden geïmplementeerd.
- Alle medewerkers die direct cliëntcontact (kunnen) hebben (dus zowel zorgverlenend als niet-zorgverlenend personeel), zijn toegerust om adequaat te handelen in relatie tot de specifieke doelgroep.

5.2 ZZP 7 VG

Inleiding

Betreft de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- VG 7-cliënten hebben meestal behoefte aan setting die veiligheid voor de cliënt biedt. Dit kan door het organiseren van directe nabijheid en het inspelen op de menselijke behoefte. Hierdoor ontstaat minder agressie en wordt een opname in een gesloten/besloten setting zo veel mogelijk voorkomen.
- Er is permanent toezicht en mogelijkheid tot bieden van directe begeleiding.
- Indien noodzakelijk moeten Middelen en Maatregelen binnen de kaders van de Wet Zorg en Dwang kunnen worden toegepast.
- Individuele risico's van cliënten worden vastgelegd in het zorgplan of signaleringsplan.
- Er moeten een AVG, gedragsdeskundige en begeleiders van hbo-niveau aanwezig zijn.
- Er is periodieke scholing met betrekking tot onderwerpen als agressieregulering en gedragsproblemen.

5.3 LVG-zorg

Inleiding

Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan cliënten met een LVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die passende integrale behandelzorg voor gedragsproblemen in een verblijfssetting kunnen leveren. Deze zorgaanbieders moeten hierin ook aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd.

Om duidelijk te maken wat zorgaanbieders in huis moeten hebben, hebben zorgkantoren in afstemming met de Vereniging van Orthopedagogische BehandelCentra en de VGN aanvullende inkoopvoorwaarden ontwikkeld. Deze inkoopvoorwaarden bouwen voort op de zorgprofielen van het CIZ en de beleidsregels van de NZa. Zorgkantoren maken hierbij onderscheid in het aanbod voor cliënten met een indicatie LVG 1, 2 en 3 en LVG 4 en 5, omdat deze indicaties andere eisen stellen aan de behandelsetting.

Beleid

Zorgaanbieders die deze zorg voor het eerst willen leveren aan cliënten met een LVG-indicatie, moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande aanvullende voorwaarden. Daarnaast beschrijven zij hun visie op deze zorg. Zorgkantoren kunnen hiermee een afgewogen oordeel vormen over de vraag of de zorgaanbieder de zorg mag gaan leveren. Ook geven deze voorwaarden zorgkantoren een goed kader om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg aan cliënten met een LVG-indicatie.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- De LVG-zorgaanbieder is integraal verantwoordelijk voor wonen, begeleiding, Wlz-specifieke behandeling én algemeen medische zorg. 24 uur per dag en 7 dagen in de week.
 - De zorgaanbieder werkt met 1 integraal behandelplan. Dit behandelplan omvat zowel wonen, werken/dagbesteding/opleiden als vrije tijd. Het multidisciplinaire team verzorgt de input voor het behandelplan. Het behandelplan is samen met de cliënt opgesteld en wordt systematisch geëvalueerd en geactualiseerd. 1 behandelaar is verantwoordelijk voor het integrale behandelplan.
 - De indicatie LVG is tijdelijk (maximaal 3 jaar). Het integrale behandelplan houdt hier rekening mee en werkt toe naar een volgende stap voor onze cliënten. Dat is bijvoorbeeld het perspectief om in de toekomst zelfstandig te wonen of passende zorg te ontvangen in een verblijfssetting met een VG-indicatie.
- De LVG zorgaanbieder biedt zowel de Wlz-specifieke behandeling als de algemeen medische behandeling.

- Bij cliënten met een LVG-indicatie staat altijd de behandeling van gedragsproblemen centraal. De behandeling heeft als doel om kinderen, jongeren en jongvolwassenen te leren omgaan met hun beperkingen en de bijkomende problematiek te verminderen. Het pedagogisch klimaat is een voorwaarde om goed te kunnen begeleiden en behandelen, waarbij de cliënten zich veilig en op hun gemak voelen. De zorgaanbieder biedt alle effectieve orthopedagogische interventies aan die toegesneden zijn op deze doelgroep. De interventies worden geleverd volgens de laatste wetenschappelijke inzichten.
 - De zorgaanbieder biedt diverse vormen van behandeling aan, zoals bijvoorbeeld: traumabehandeling, EMDR en gedragstherapie. Voor LVG 4 en 5 moet de zorgaanbieder voor veel van deze ingezette behandelingen de expertise zelf in huis hebben. Voor LVG 1, 2 en 3 mag de zorgaanbieder de benodigde expertise extern inhuren. De zorgaanbieder blijft in dat geval wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van de behandeling.
 - Behandelaren moeten beschikbaar (LVG 4 en 5) of aantoonbaar oproepbaar (LVG 1 - 3) zijn.
 - De zorgaanbieder levert de algemeen medische behandeling. Hieronder valt het leveren (al dan niet via onderaannemerschap) van huisartsenzorg, psychische zorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig van hulpmiddelen. De LVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP).
- De LVG zorgaanbieder biedt cliënten passende voorzieningen voor wonen, dagbesteding en vrije tijd.
- Voor mensen met een indicatie LVG 1 - 3 hoeven deze activiteiten niet op 1 locatie plaats te vinden. De zorgaanbieder waar de cliënt verblijft, is wel verantwoordelijk voor het integrale zorgaanbod en voert de regie.
 - Voor cliënten met een indicatie LVG 4 en 5 moet de zorgaanbieder al deze functies op 1 locatie aanbieden.
- De LVG zorgaanbieder draagt zorg voor een veilig klimaat voor de cliënt, het personeel, de organisatie en de maatschappij.
- De zorgaanbieder heeft voor deze specifieke doelgroep een veiligheidsbeleid met tenminste de volgende thema's: (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, inclusief pesten en agressie; gebruik en misbruik van middelen (alcohol/drugs); huiselijk geweld, kindermishandeling en seksueel misbruik; toepassing handreikingen voor hulp aan slachtoffers van mensenhandel/loverboys.
 - De zorgaanbieder voert jaarlijks een risicoanalyse uit op organisatieniveau. De uitkomsten daarvan zijn onderdeel van het kwaliteitsrapport van de zorgaanbieder.
 - Begeleiding en behandeling conform de geldende veiligheidsnormen en wettelijke kaders.
- De LVG-zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel en werkt volgens algemeen aanvaarde kwaliteitsnormen.
- De zorgaanbieder heeft tenminste 1 verantwoordelijk behandelaar in dienst. Dit kan bij cliënten met een indicatie LVG 1 - 3 een AVG-arts zijn, een basis-psycholoog of een basis-orthopedagoog (master).
 - Bij LVG 4 en 5 is de behandelaar altijd een geregistreerde post-master GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist.
 - De begeleiders en behandelaren zijn goed opgeleid en beschikken over specifieke expertise en competenties voor deze doelgroep. Het personeel is een mix van mbo- en hbo-geschoolden. De mix weerspiegelt de zwaarte van de indicatie.
 - Als een zorgaanbieder cliënten heeft met een indicatie LVG 4 of 5, handelt deze zorgaanbieder volgens de kwaliteitscriteria die zijn benoemd in het rapport "OBC in perspectief".

- Als een zorgaanbieder cliënten heeft met een indicatie LVG 1 – 3, kan de zorgaanbieder de criteria uit dit rapport gebruiken als leidraad.
- De zorgaanbieder vraagt tijdig een vervolgindicatie aan als de behandeling bijna is afgerond en de cliënt kan verhuizen naar een andere woonsituatie. De zorgaanbieder heeft structureel overleg met organisaties die na afronding van de behandeling eventueel zorg overnemen.

5.4 SGLVG-zorg

Inleiding

De SGLVG-zorg omvat een stevig behandel aanbod met specifieke eisen aan fysieke veiligheid en onvrijwillige zorg. Zorgkantoren maken voor het leveren van zorg aan cliënten met een SGLVG-indicatie alleen afspraken met zorgaanbieders die een passende integrale behandeling voor psychiatrische en gedragsproblematiek kunnen leveren in een (beveiligde) behandelsetting. Zorgaanbieders moeten hierin ook aantoonbaar expertise en ervaring hebben opgebouwd.

Met de inwerkingtreding van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), met ingang van 1 januari 2022, verviel de specifieke toelating voor het verlenen van SGLVG-behandelzorg in een verblijfssetting. Deze zeer gespecialiseerde behandeling kon namelijk alleen worden geboden in 1 van de 4 (gesloten) De Borg-instellingen. Het is sindsdien ook voor andere zorgaanbieders mogelijk de SGLVG behandelzorg te leveren.

Beleid

Om duidelijk te maken wat zorgaanbieders in huis moeten hebben, hebben zorgkantoren in afstemming met expertisecentrum De Borg (een samenwerkingsverband van de 4 erkende SGLVG-instellingen Fivoor, Ipse de Bruggen, STEVIG en Trajectum) en VGN aanvullende inkoopvoorwaarden ontwikkeld. Deze bouwen voort op de inkoopvoorwaarden voor de LVG-profielen, de CIZ-zorgprofielen, de beleidsregels van de NZa en de beschreven kwaliteitscriteria van het kwaliteitsnetwerk van De Borg-instellingen.

Met deze voorwaarden kunnen zorgkantoren vooraf een afgewogen oordeel vormen over de vraag of de zorgaanbieder de zorg en behandeling verantwoord kan leveren en of het zorgkantoor daarover afspraken wil maken. We kopen alleen meer SGLVG-verblijf met behandeling in, als:

- er sprake is van een dusdanige problematiek, waarbij eerdere interventies onvoldoende bleken, en
- een derdelijnsbehandeling uitkomst kan bieden, en
- De Borg-instellingen over onvoldoende zorgaanbod beschikken.

Ook geven deze voorwaarden zorgkantoren een goed kader om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de geleverde zorg aan cliënten met een SGLVG-behandelindicatie.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

- De SGLVG-behandelcentra beschikken over specifieke inhoudelijke expertise.
 - De SGLVG-behandelcentra kunnen qua inhoudelijke expertise en organisatiestructuur gezien worden als derdelijns, specialistische behandelcentra. Het aanbieden van verantwoorde klinisch(e) (forensische) zorg vereist niet alleen specialistische kennis binnen de afzonderlijke vakgebieden (denk hierbij aan somatiek, psychiatrie, psychologie en orthopedagogiek), maar ook aan een integratie van

- de verschillende vakgebieden om te komen tot integrale (en multidisciplinaire) diagnostiek en behandeling. Dit om tegemoet te komen aan de complexiteit van de doelgroep, die zich begeeft op het snijvlak van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (al dan niet binnen een forensisch kader). Cliënten worden niet uitgesloten van opname en behandeling als er sprake is van verslaving, seksueel overschrijdend gedrag en/of bepaalde gedragsproblematiek, meestal ten gevolge van een psychiatrische stoornis die op de voorgrond staat.
- De verantwoordelijkheid over de cliënt houdt niet op wanneer deze de klinische behandeling – al dan niet succesvol – afrondt. Een goede en warme overdracht (binnen de eigen organisatie of naar een collega-organisatie) is erg belangrijk. Hierbij wordt niet alleen de benodigde kennis over de cliënt (in termen van beeldvorming) maar ook de vereiste inhoudelijke expertise (in termen van vakkennis) gedeeld met de vervolgplek van de cliënt.
- De SGLVG-behandelcentra zijn in staat om de passende beveiligingsniveaus 1, 2 en 3 te bieden.
- Een veilige omgeving is belangrijk voor de cliënt en medewerkers. Er is veel aandacht vereist voor de individuele cliënt en de bescherming die iemand nodig heeft. In combinatie met de aanwezigheid van gezamenlijke ruimten is een eigen domein erg belangrijk. Een comfortabele individuele ruimte, waar iemand de eigen regie over heeft en zich kan terugtrekken, zonder interactie met mede-clieënten. Hiervoor geldt dat de voorzieningen robuust en warm tegelijk moeten zijn, net zoals de dienstverlening zelf. Daarnaast moet er ruimte zijn voor tijdelijke beschermde en/of beveiligde opvang bij forse ontregeling.
 - De mate van beveiliging heeft te maken met enerzijds de gesloten of besloten context en anderzijds de zorgvraag van de cliënt. Afhankelijk hiervan wordt het aanbod van behandel- en therapiefaciliteiten deels buiten de besloten setting aangeboden (al dan niet onder begeleiding). (Im)materiële beveiliging bestaat onder andere uit een 24-uurs post, een controle op aan- en afwezigheid van cliënten en de mogelijkheid tot drugs- en kamercontroles. Bij de meer beveiligde setting is het van belang dat er continu toezicht of cameratoezicht geboden wordt op de afdelingen en de gecontroleerde in- en uitgangen.
 - Informatie over beveiligingsniveaus is terug te vinden op <https://www.forensischezorg.nl/praktijk/zorgaanbod/klinische-zorg>.
- Het SGLVG-behandelaanbod voldoet aan de volgende voorwaarden:
- SGLVG-clieënten hebben een flexibele, op de persoon afgestemde behandeling nodig. Het therapeutisch klimaat speelt hierbij een centrale rol. De cliënt woont, werkt, volgt therapie en besteedt veel van zijn vrije tijd in en rondom de kliniek.
 - De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de persoon. De gedragswetenschappelijke en de psychiatrische behandeling zijn met elkaar verweven.
 - De dagelijkse begeleiding omvat onderzoek en observatie in de dagelijkse situatie, individuele begeleidingsgesprekken en/of therapieën en in de behandelfase tevens praktijkgerichte vorming.
 - De zorgaanbieder biedt om te beginnen een aantal basismodules aan, zoals bijvoorbeeld: cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie, psycho-educatie en vaktherapie die is aangevuld met specialistische behandelmodules die de SGLVG-behandelcentra (De Borg) zelf hebben ontwikkeld (bijvoorbeeld de agressiemodule, de motivatietraining bij verslavingsproblematiek en seksueel gezond gedrag).
 - De zorgaanbieder heeft de relevante expertise voor deze behandelingen zelf in huis. Behandelaren moeten beschikbaar of aantoonbaar oproepbaar zijn.

- De zorgaanbieder levert de algemeen medische behandeling. Hieronder valt het leveren (al dan niet via onderaannemerschap) van huisartsenzorg, farmacie, tandheelkundige zorg en waar nodig van hulpmiddelen. De SGLVG-zorgaanbieder waarborgt de kwaliteit van deze zorg en betaalt deze zorg uit het tarief (ZZP).
- De SGLVG zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel en werkt volgens algemeen aanvaarde kwaliteitsnormen.
 - Het behandelteam bestaat altijd uit een multidisciplinair team met een hoofd- of regiebehandelaar (minimaal GZ-psycholoog), behandelaren of gedragsdeskundigen (een orthopedagoog of -psycholoog van wo-niveau), een psychiater en indien nodig een AVG-arts.
 - De behandelaren zijn minimaal opgeleid op wo-niveau, als psycholoog, psychotherapeut of orthopedagoog-generalist. De 24-uursbegeleiders kunnen ook op hbo- en mbo-niveau opgeleid zijn. Het team van begeleiders heeft aanvullende (interne) scholing gehad, specifiek gericht op het snijvlak van de verschillende sectoren (LVB/GGZ/Forensische zorg/Verslavingszorg). Zij beschikken over specifieke expertise en competenties voor deze doelgroep. Een belangrijk kenmerk van de specifieke expertise en competenties is dat van begeleiders een hoog niveau wordt verwacht op het gebied van reflectie en het omgaan met extreme internalisering en extern gerichte agressie. Daarnaast zijn begeleiders stressbestendig en kunnen ze goed omgaan met de duale problematiek (psychiatrisch en LVB).
 - De zorgaanbieder heeft een klimaat van het opleiden van generalisten en specialisten, wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling, innovatie en onderwijs.
 - Onderdeel hiervan is het toetsen van bestaande werkwijzen op kwaliteit en doelmatigheid en het verspreiden van kennis en kunde door middel van scholing aan onderwijsinstututen en partners in de zorgketen.
 - De zorgaanbieder handelt volgens de behandelprogramma's die zijn opgesteld door het kenniscentrum en volgens het kwaliteitsdocument van De Borg. De zorgaanbieder voldoet ook aan de inhoudelijke kwaliteit van zorg, zoals beschreven in de kwaliteitskaders KKGZ en KKFZ.
 - Aanbieders van SGLVG-behandelzorg verlenen zorg op basis van deze documenten, te vinden op de website van De Borg:
 - www.deborg.nl/media/1dkb0vvz/zorgprogramma-ambulante-behandeling-definitief-januari-2019.pdf
 - www.deborg.nl/media/kqmg14gw/de-borg-behandelvisie-forensische-sglvg.pdf
 - De zorgaanbieder doet mee aan de uitwisselingsprogramma's, sluit aan bij inhoudelijke werkgroepen en levert een actieve bijdrage aan de kennis- en expertiseontwikkeling en het wetenschappelijk onderzoek door het Expertisecentrum De Borg, samen met de instellingen van De Borg.

5.5 Extra zorg en ondersteuning tijdens onderwijs

Inleiding

In een brief van VWS d.d. 5 februari 2026 werd een verbeteraanpak voor Zorg in Onderwijstijd gepresenteerd. In zowel de Jeugdwet als de onderwijswetgeving wordt vastgelegd dat gemeenten, samenwerkingsverbanden en zorgkantoren verplicht met elkaar overleggen. Zij moeten afspraken maken over het gecoördineerd inzetten van onderwijsondersteuning, jeugdhulp en langdurige zorg op scholen in cluster 3 en 4.

Een wijziging van de wet is nog in de maak. Vooruitlopend op de wetswijziging kan in de praktijk op basis van de leidraad zorg in onderwijstijd gewerkt worden aan het maken van collectieve afspraken.

Beleid

Wlz-zorg en ondersteuning tijdens onderwijs kan bestaan uit persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Denk hierbij aan hulp bij eten en drinken, hulp bij toiletbezoek, hulp bij het bewegen en/of zich verplaatsen, hulp bij een stoma, hulp bij het toedienen of gebruik van medicijnen, ondersteuning bij praktische zaken en bij communicatie (begrijpen wat anderen zeggen en jezelf begrijpelijk maken) of het leren om zelf regie te houden (een dag- of weekplanning maken).

Als de Wlz-indicatie wordt toegekend, kunnen ouders financiering van zorg ontvangen in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) of als Zorg In Natura (ZIN). Bij een pgb kopen de ouders zelf de zorg in. Bij ZIN koopt het zorgkantoor de zorg in bij een zorgaanbieder. Bij collectieve financiering worden alle ouders gevraagd akkoord te gaan met ZIN voor het deel van hun budget voor zorg op school die wordt uitgevoerd door een vaste zorgpartner van de school. Meer daarover: [Onderwijs en zorg | Passend onderwijs | Rijksoverheid.nl](#).

In de praktijk gaan vrijwel alle ouders akkoord met collectieve financiering via ZIN, omdat zij zien dat:

- de zorgorganisatie meer zekerheid krijgt waardoor die met vaste mensen kan werken
- een vast team de zorg veel flexibeler kan inzetten, op het moment dat het kind het nodig heeft
- een vast zorgteam bijdraagt aan de kwaliteit van dienstverlening en aan rust in de school
- in specifieke situaties een aanvullende afspraak over de zorginzet gemaakt kan worden.

In regionaal overleg kunnen partijen afspraken maken over de collectieve inzet van Wlz-zorg voor cluster 3- en 4-scholen. Deze afspraken kunnen betrekking hebben op

- De inzet van één vaste zorgaanbieder per school of regio
 - De voorwaarden voor collectieve ZIN voor alle leerlingen met een Wlz-indicatie
 - Afspraken over kwaliteitsborging en inzet van vast personeel
 - Tariefafspraken passend binnen het Wlz-kader
 - Afwezigheidspercentage in tarief vanwege ziekte van kinderen

Het maken van deze afspraken is ten behoeve van een doelmatige inzet van Wlz middelen maatwerk. Wij verwachten namelijk dat er een grote regionale verscheidenheid bestaat in de wijze waarop afspraken gemaakt worden over de inzet van zorg en ondersteuning tijdens onderwijs. Dit is onder andere afhankelijk van het aantal kinderen met een zorg- en/of ondersteuningsvraag en de beschikbare deskundigheid op de betreffende school. Neem contact op met uw zorginkoper als u samen met (andere) zorgaanbieders, scholen en gemeenten afspraken wilt maken over collectieve financiering van zorg in onderwijstijd.

5.6 VG7+

Inleiding

Per 1 januari 2026 is de nieuwe prestatie voor VG7+ in werking getreden. Deze prestatie is tot stand gekomen na advies van VGN, VWS en ZN. Als gevolg hiervan is er differentiatie in de bekostiging van de VG7 doelgroep; een VG7 en een VG7+ prestatie. In de NZa prestatiebeschrijving staat omschreven aan welke eisen moet worden

voldaan om in aanmerking te komen voor financiering van VG7+. Specifiek voor VG7+ geldt dat er sprake is van een combinatie van specifieke cliëntkenmerken, zorginhoudelijke kenmerken en context gebonden factoren, die samen bepalen of een VG7+ van toepassing is en of de betreffende zorgaanbieder VG7+ kan leveren.

Beleid

Meerzorg is alleen in uitzonderlijke situaties mogelijk

Zorgkantoren verwachten in principe niet dat meerzorg nodig is boven op een VG7+ en zullen aanvragen hiervoor alleen in uitzonderlijke situaties als maatwerkaanvraag in behandeling nemen. Het meerzorgbeleid leest u in het Voorschrift Zorgtoewijzing.

VG7+ is voorliggend op de meerzorg

Zorgkantoren beschouwen de VG7+ prestatie in beginsel als voorliggend op de VG7 met meerzorg voor die zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen om VG7+ te leveren. Voor VG7 cliënten die niet voldoen aan de prestatiebeschrijving en/of voor zorgaanbieders waarmee géén afspraak wordt gemaakt voor VG7+, blijft de optie om meerzorg aan te vragen bestaan.

Het is niet mogelijk om de prestatie VG7+ te combineren met de volgende toeslagen⁸:

- toeslagen woonzorg (Z978 tm Z980)
- toeslagen dagbesteding (Z913 tm Z915 en Z919)
- toeslag MFC en observatie (Z911 en Z912)
- toeslag epilepsie laag, midden en hoog (Z975, Z976 en Z977)

Zorgkantoren gaan in gesprek met de zorgaanbieders bij een groepsgrootte die afwijkt van het algemene beeld om te bepalen of de context passend is voor deze doelgroep.

De beleidsregel gaat uit van een begeleidingsintensiteit van 2 op 6. Een groepsgrootte van groter dan 6 is mogelijk, als aan de begeleidingsintensiteit wordt voldaan. Dit betekent bij een groepsgrootte van 8 er 2,5 tot 3 begeleiders nodig zijn en 3 bij een groepsgrootte van 9. De vraag is of een grotere groep de juiste context biedt voor de cliënten van de VG7+ doelgroep. Deze cliënten hebben namelijk een grotere gevoeligheid voor een passende zorgomgeving. Dit betreft niet alleen de woning maar ook wijze waarop de zorg wordt verleend (begeleiding, begeleidingsstijl, continuïteit). Cliënten ervaren voortdurende stress en dit kan, zeker als de omgeving en begeleiding hier niet op zijn ingericht, meerdere keren per dag tot probleemgedrag leiden. Cliënten hebben ook behoefte aan continue directe nabijheid van begeleiders die één begeleidingsstijl volgen. Dit om de voor cliënten noodzakelijke basisveiligheid te behouden of te vergroten en om risicovol gedrag te voorkomen of te beperken. Juist vanwege deze behoefte en hoge contextgevoeligheid is het belangrijk om overprikkeling te voorkomen en het aantal begeleiders en medecliënten overzichtelijk te houden. Zo ontstaat meer herkenbaarheid, voorspelbaarheid en geborgenheid voor de cliënt.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

Zorgkantoren kopen de VG7+ prestatie in bij specifieke zorgaanbieders die aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Alleen zorgaanbieders die beschikken over VG7 zorgaanbod, komen in aanmerking voor het leveren van VG7+.

⁸ Indien dit tot knelpunten leidt kunt u hierover in overleg treden met uw zorginkoper

- Zowel de cliënt als de context bij de zorgaanbieder moeten voldoen aan alle voorwaarden en criteria zoals beschreven in de prestatiebeschrijving van de NZa.
- Zorgkantoren kopen een afgesproken capaciteit VG7+ zorg in. Uitbreiding van deze capaciteit kan alleen in overleg met het zorgkantoor.
- Nieuwe cliënten worden geplaatst op basis van urgentie en niet op basis van wachttijd. De zorgaanbieder neemt contact op met zorgkantoor om af te stemmen over een vrijkomende VG7+ plek. Het zorgkantoor kijkt dan samen met de zorgaanbieder of er cliënten op de wachtlijst staan, dan wel bij het zorgkantoor bekend zijn die passend zouden zijn voor deze vrijgevallen plek.
- Zorgaanbieders met gecontracteerd VG7+ zorgaanbod mogen in beginsel geen VG7+ cliënt die aan de cliëntgebonden factoren voldoet en passend is binnen de context weigeren.
- Wij verwachten dat cliënten die onder deze prestatie vallen meerzorgwaardig zijn. VG7+ is namelijk bedoeld voor cliënten met een zeer intensieve zorgvraag. Met ingang van 1 januari 2027 geldt bij instroom van nieuwe cliënten dat de meerzorgwaardigheid aantoonbaar onderbouwd moet zijn om VG7+ te kunnen declareren. De wijze waarop zorgaanbieders dit dienen te onderbouwen, wordt voor 1 oktober 2026 kenbaar gemaakt. Nieuwe VG7+-cliënten dienen uiteraard altijd te voldoen aan de cliëntkenmerken zoals beschreven in de geldende NZa beleidsregel.

Actualiteit

Met de komst van de prestatie VG7+ ontstond er een oplossing voor een doelgroep waarvoor tot dan toe geen passende prestatie beschikbaar was. In de eerste jaren na invoering worden de ervaringen met de prestatie VG7+ van zorgaanbieders en zorgkantoren gemonitord. Op basis hiervan kan de prestatiebeschrijving door de NZa aangepast worden. Dit geldt ook voor de samenhang met meerzorg. Wij nodigen zorgaanbieders uit om hun ervaringen actief te delen met de zorgkantoren. Op basis van onder andere deze ervaringen zullen zorgkantoren beoordelen of er beleidsaanpassingen nodig zijn.

6. Inkoopbeleid Salviq (GZ/GGZ)

Inleiding

Zorgkantoren gaan samen met zorgaanbieders een passend aanbod realiseren voor mensen met een intensieve langdurige ondersteuningsvraag (GZ/GGZ) en hoog beveiligingsniveau. Aanbod om deze groep mensen voor langere tijd in hun zorgbehoefte te voorzien is nu nog niet voorhanden.

Aanvullende inkoopvoorwaarden

Aantal plekken en uitgangspunten

Zorgkantoren en zorgaanbieders werken uiteindelijk toe naar een capaciteit van 60 plaatsen onder de merknaam Salviq. Deze plaatsen zijn verdeeld over een beperkt aantal verschillende locaties. Per locatie is er de mogelijkheid om met een beperkt aantal plekken te starten en daarna uit te breiden. De zorg die gerealiseerd wordt, kenmerkt zich als een 3e lijnsvoorziening.

Hieronder worden de voorwaarden voor de benodigde expertise en context weergegeven.

Profiel van deze cliëntgroep

Hieronder vindt u een cliëntprofiel waarvoor het zorgkantoor de zorg inkoop. Dit profiel is ter indicatie en niet uitputtend.

- Er is altijd sprake van een complexe combinatie van stoornissen, die zowel somatisch, psychisch als sociaal is en het maatschappelijk functioneren in ernstige mate belemmeren.
- Een deel van de cliënten heeft (tijdelijk) intensieve geestelijke en somatische zorg nodig en is veelal niet in staat zelf deze hulp in te roepen of zelfs deze hulp makkelijk te accepteren.
- Er is sprake van cognitieve en/of psychische problemen die het samenleven in de maatschappij (sterk bemoeilijken of) onmogelijk maken gedurende enige tijd.
- Er is sprake van (hoogfrequent) probleemgedrag zowel externaliserend en internaliserend, door bijvoorbeeld gebrek aan empathisch vermogen, ziekte-inzicht, inzicht in oorzaak en gevolg of door overvraging/onderschatting.
- Er is veelal sprake van geringe frustratietolerantie.
- In een aantal gevallen zal er sprake zijn van agerend gedrag. De cliënten zijn bekend met agressie naar de omgeving en (indirect) naar zichzelf.
- Verslaving en seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen ook voorkomen.

Salviq is voor een zeer beperkt aantal cliënten toegankelijk. Aan de hand van een onafhankelijke screening door het CCE wordt bepaald of een client in aanmerking komt voor (een bepaalde plek) bij Salviq.

Benodigde expertise

Wanneer een zorgaanbieder van plan is deze zorg te leveren, gaat het zorgkantoor in gesprek over de benodigde expertise voor deze doelgroep.

- Kennis van psychiatrische stoornissen, LVB- en verslavingsproblematiek.
- Kennis van personen met ernstige vroege hechtingsproblematiek.

- Kennis van risicotaxatie en vroegsignaleringsmethoden evenals terugvalpreventie-methodieken.
- Arts, psychotherapeuten, verpleegkundigen, paramedische disciplines en gedragswetenschappers zijn onderdeel van een multidisciplinair team, psychiater minimaal op consultatiebasis beschikbaar.
- Kennis van en (ruime) ervaring met de-escalatie technieken en omgaan met agressie.
- Medicamenteuze behandeling gericht op de lange termijn.
- Bereid zijn actief mee te werken aan kennisontwikkeling/uitwisseling tussen de verschillende settingen/instellingen van het Salviq, maar ook kennisdeling met instellingen in de aanpalende sectoren.
- Kennis van het herstellen van systeem rond de client/systemisch werken.
- Kennis en ervaring in de omgang met de complexe balans afstand-nabijheid.
- Somatische kennis van problemen door langdurige verslaving en door vorderende ouderdom.
- Kennis van juiste bejegening met betrekking tot evenwicht tussen draagkracht/ draaglast bij verschillende typen problematieken.
- Sensitiviteit en responsiviteit ten aanzien het beïnvloeden van het gedrag en onderliggende behoeften van de cliënten.
- Traumasensitief en cultuursensitief kunnen denken en werken.
- Rouwverwerking/ levend verlies.

Kenmerken van de context

De context waarin deze zorg geleverd wordt is heel belangrijk en kenmerkt zich als volgt:

- Het aanbod dient te bestaan uit individueel wonen waar mogelijk leidend tot groepswonen met individuele op samenleven gerichte begeleiding en mogelijkheid tot hoge mate van nabijheid.
- Er dient een mix van agogisch-, psychotherapeutisch- en verpleegkundig geschoolde medewerkers aanwezig te zijn.
- De clientgroep vereist de beschikbaarheid van kennis en mogelijkheden om somatische zorg te verlenen. Deze zorg dient geregeld te kunnen worden als daar vraag naar is (vereist). Ten aanzien van alle aspecten van de ADL mogelijkheid tot deels of (tijdelijk zelfs) volledige overname van zorg.
- Er zal sprake moeten zijn van een herkenbare, duidelijke en voorspelbare leefwereld zoveel gericht op herstel van maatschappelijk functioneren.
- Begeleidingsstijl op basis van gelijkwaardigheid, met (waar mogelijk vaste) routines, rituelen en aanbieden van de mogelijkheid van een dagritme.
- Therapeutisch leefklimaat zonder behandeldruk/doel waar mediërende behandeling plaatsvindt via het bieden van een “healing” woonomgeving met rust, ruimte en gelegenheid indien nodig volledig individueel benaderd te worden gebaseerd op principes van herstel in de brede zin van het woord.
- Crisiszorg dient binnen de setting/locatie of op het terrein waar de setting zich bevindt beschikbaar te zijn en of aangeboden te kunnen worden. Overplaatsing naar een andere setting/locatie is geen optie.
- Niet-vrijwillige zorg is essentieel onderdeel van de zorg, daarbij zijn de Wvvgz en/of Wzd van toepassing.
- Begeleidingsstijl op basis van gelijkwaardigheid, met (waar mogelijk vaste) routines, rituelen en aanbieden van de mogelijkheid van een dagritme.
- Wonen gericht op herstel met als uitgangspunt mogelijkheid van (onvoorwaardelijk) permanent verblijf.
- Dagbesteding op maat binnen en/of buiten de woning(en).
- Ten aanzien van alle aspecten van de ADL mogelijkheid tot deels of volledige tijdelijke overname van zorg.

- Levensloopbestendige, prikkelarme (visueel en akoestisch), gelijkvloerse (geschakelde-) woning(en) met mogelijkheid tot gebruik van diverse (til) hulpmiddelen.
- Gericht op herstel en ondersteuning van sociale contacten binnen en buiten de locatie.

Kenmerken van de (fysieke) omgeving

- Materiële veiligheid omvat fysieke maatregelen zoals een barrière naar de buitenwereld, beveiligingssystemen, afgesloten ruimten en protocollen die ervoor zorgen dat risico's op geweld worden gereduceerd.
- Hekken en gesloten deuren beveiligen de omgeving tegen mogelijke risico's vanuit de bewoners, maar geslotenheid beschermt de bewoners soms ook tegen de maatschappij.
- Een gecontroleerde, veilige setting (vergelijkbaar beveiligingsniveau 2-3) is noodzakelijk, waarbij differentiatie en/of afschaling van beveiligingsniveau mogelijk moet zijn. Het is van belang dat binnen de voorziening gedifferentieerd kan worden met de mate van bewegingsvrijheid voor de cliënt.
- Relationale veiligheid en een huiselijke sfeer zijn belangrijk, volgens het "healing environment" principe.
- Mensgerichte zorg binnen een veilige setting. Een menswaardig bestaan bestaat uit het zelf doen van de alledaagse dingen, zoals opstaan, douchen, ontbijten, schoonmaken, koken, eten, enzovoort. Dit vraagt ook dat de bredere omgeving van de zorgaanbieder als geheel hierbij aansluit.
- Het is belangrijk dat bewoners een zinvolle daginvulling hebben. Werk en andere activiteiten dienen nabij te worden aangeboden, dus op de afdeling of op het terrein rondom de voorziening.

Actualiteit

Er is grote urgentie om voldoende plekken voor een groep cliënten te organiseren. Op dit moment zijn zorgkantoren in gesprek met een beperkt aantal GZ en GGZ-zorgaanbieders die voornemens zijn deze zorg de komende jaren te leveren. Dit leidt echter nog niet tot voldoende aanbod.

Wanneer u interesse heeft om deze zorg te leveren en hierover nog geen contact hebt met uw zorginkoper, nodigen we u hiertoe uit. Ook wanneer u twijfelt of aan alle criteria wordt of kan worden voldaan.

Bijlage 1: Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg

U bent door het zorgkantoor gecontracteerd voor de levering van Wlz-zorg aan Wlz-verzekerden.

Dat betekent dat u verantwoordelijk bent voor de kwaliteit van de zorg en de rechtmatige en doelmatige levering van de zorg die u zelf als hoofdaannemer levert maar ook die uw onderaannemers leveren.⁹ Tot uw onderaannemers behoren ook de mondzorgaanbieders/mondzorgprofessionals met wie u samenwerkt en die tandheelkundige zorg leveren aan Wlz-verzekerden die bij u wonen en van u Wlz-behandeling ontvangen. Deze tandheelkundige zorg komt ten laste van de Wlz.

De zorgkantoren hebben Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg opgesteld.

In Deel III: Algemeen deel van de met u gesloten Wlz-overeenkomst is artikel 2 Mondzorg opgenomen. Indien u verblijf met behandeling levert, dient u op grond van lid 9 van artikel 2 Mondzorg vooraf schriftelijke samenwerkingsafspraken met de mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional te maken over de uit te voeren werkzaamheden. Zie ook de andere leden van artikel 2 en paragraaf 2.2 Mondzorg (V&V, GGZ en GZ) van dit document, dat onderdeel is van de Wlz-overeenkomst. In de Handvatten geven wij inzicht in wat wij – in aanvulling op wat in de Wlz-overeenkomst is opgenomen – op het gebied van de organisatie van de levering van Wlz-mondzorg en wat daaraan gerelateerd is, van u verwachten.

Het zorgkantoor wil met deze Handvatten bijdragen aan:

- Het verbeteren van de onderlinge samenwerking tussen de Wlz-zorgaanbieder en de mondzorgprofessional(s) in de langdurige zorg;
- Het terugdringen van het declareren van onrechtmatige en ondoelmatige mondzorg ten laste van de Wlz;
- Het verbeteren van de kwaliteit van de dagelijkse mondverzorging door de verzorgenden van de Wlz-zorgaanbieder en van de tandheelkundige zorg/professionele mondzorg verleend door de mondzorgprofessionals aan de Wlz-verzekerden die hun zorgprofiel verzilveren, inclusief verblijf en behandeling, bij dezelfde Wlz-instelling;
- Het (beter) toegankelijk maken van de Wlz-mondzorg door mondzorgprofessionals voor alle verzekerden die daar op grond van de Wlz aanspraak op kunnen maken en daaraan behoefte hebben.

De Handvatten bestaan uit twee thema's met daaronder diverse indicatoren rond Wlz-mondzorg.

De Handvatten zijn onder andere gebaseerd op het Toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd¹⁰, veldnormen die beroepsorganisaties van zorgverleners hebben opgesteld¹¹ en de stand van wetenschap en praktijk¹². Daarnaast wijzen wij u ter aanvulling op deze Handvatten nog op de Informatiekaart van de NZa¹³. Voor de goede orde merken wij op dat het geenszins zo mag worden opgevat dat deze Handvatten andere officiële documenten (zoals het hiervoor genoemde toetsingskader) vervangen of overbodig maken.

⁹ Zie Deel III: Algemeen deel van de Wlz-overeenkomst: Punt 11. 'Onderaanneming:' onder 'Begrippen' en Artikel 10: 'Onderaanneming'. Zie de Bestuursverklaring: onderdeel 4.

¹⁰ Toetsingskader mondzorg in verpleeghuizen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, d.d. 9-9-2024.

¹¹ Richtlijn Mondverzorging van Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ), d.d. 30-11-2023.

¹² Leidraad mondzorg bij zorgafhankelijke kwetsbare ouderen in een Wlz instelling; een consensus statement, A. Visser, et al., d.d. 6 januari 2026.

¹³ Informatiekaart NZa-regels mondzorg voor patiënten met Wlz-indicatie, d.d. 7-12-2022.

Per thema beschrijven we een aantal indicatoren met bijbehorende minimale eisen.

Deze indicatoren met bijbehorende minimale eisen hebben onder andere betrekking op risico's rond de rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties door/van onderaannemers (de mondzorgaanbieders/mondzorgprofessionals).

Bij de selectie van de indicatoren en de minimale eisen hebben wij gekeken naar onze bevindingen vanuit materiële controles in de afgelopen jaren en naar de gewenste ontwikkeling in de verlening van mondzorg aan Wlz-verzekerden.

Wlz-zorgaanbieders krijgen tot 1 juni 2027 de tijd om de Handvatten te implementeren.

Het zorgkantoor geeft Wlz-zorgaanbieders de ruimte om de Handvatten te implementeren. We gaan ervan uit dat vanaf 1 juni 2027 binnen de interne beheersing van uw organisatie de indicatoren met de bijbehorende minimale eisen van de Handvatten zijn geborgd. Het zorgkantoor kan vanaf 1 juni 2027 gaan toetsen en controleren of hetgeen in de Handvatten is opgenomen, daadwerkelijk is/wordt nagekomen.

Handvatten voor het organiseren van de levering van Wlz-mondzorg

Thema 1: organisatie		
Indicator	Toelichting indicator	Minimale eisen
1. Er is een schriftelijke samenwerkings-overeenkomst met een mondzorgaanbieder/mondzorg-professional.	De Wlz-zorgaanbieder sluit een overeenkomst ten behoeve van de onderlinge samenwerking (onderaannemerschap) met een mondzorgaanbieder/mondzorgprofessional. In deze overeenkomst worden afspraken opgenomen over de wijze van samenwerken, uit te voeren werkzaamheden en de uitvoering van (interne) controles door de Wlz-zorgaanbieder op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de door de mondzorgprofessional geleverde mondzorg.	a. Er zijn afspraken over het aanmeldproces van een Wlz-verzekerde bij de mondzorgprofessional. b. Er zijn afspraken over de wijze van vastlegging/rapportage van de aan de Wlz-verzekerde geleverde mondzorg in het zorgdossier van de Wlz-verzekerde bij de Wlz-zorgaanbieder als ook in het zorgdossier van de Wlz-verzekerde bij de mondzorgprofessional. c. Er zijn afspraken over de beschikbaarheid van zorgmedewerkers ten behoeve van de overdracht van kennis/het geven van instructie door de mondzorgprofessional. d. Er zijn afspraken over “no shows” of “annuleringen” van een afspraak bij de mondzorgprofessional (niet te declareren bij het zorgkantoor). e. Er zijn afspraken over de bereikbaar en beschikbaarheid van de mondzorgprofessional door de week en in het weekend. f. Er zijn afspraken over de opvang van spoedklachten, waaronder de tijd waarbinnen de mondzorgprofessional op de klachten dient te reageren. g. Er zijn afspraken over een periodiek overleg tussen de Wlz-zorgaanbieder en de mondzorgprofessional om de samenwerking te evalueren en zo nodig te verbeteren. En om uitkomsten van klanttevredenheidsonderzoeken te bespreken. h. Er zijn afspraken tussen de Wlz-zorgaanbieder en de mondzorgprofessional over het verstrekken van inzicht in en het geven van uitleg over de geleverde en aan het zorgkantoor gedeclareerde mondzorg. i. Er zijn afspraken over de frequentie en wijze waarop (interne) controles door de Wlz-zorgaanbieder op de geleverde zorg door de mondzorgprofessional worden uitgevoerd. j. Er zijn afspraken over de aanstelling van een aandachtsvelder (coördinerend zorgverlener). k. Afgesproken is dat de Algemene voorwaarden mondzorg Wlz, zoals gepubliceerd op de website van het zorgkantoor, van

		toepassing zijn als de mondzorgaanbieder/ mondzorg-professional bij het zorgkantoor declareert.
2. Het plan betreffende de Algemene Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) voorziet in controle op de feitelijke en doelmatige/passende levering van mondzorg door de mondzorg-professional.	De Wlz-zorgaanbieder draagt er zorg voor dat in het AO/IC-plan een controleproces is opgenomen met betrekking tot de feitelijke en doelmatige/passende levering van mondzorg door de mondzorgprofessional.	a. Het AO/IC-plan beschrijft hoe de interne controle door de Wlz-zorgaanbieder op de geleverde zorg door de mondzorgprofessional (onderaannemer) plaatsvindt. b. In het zorgadministratie-proces van de Wlz-zorgaanbieder zijn de afspraken met de mondzorgprofessional over de vastlegging van de geleverde mondzorg opgenomen en geborgd. c. Het AO/IC-plan voorziet in de controle op de feitelijke maar ook op de doelmatige/passende levering van mondzorg door de mondzorgprofessional; zie lid 10 van artikel 2 Mondzorg van de Wlz-overeenkomst.
3. Er is een intern multidisciplinair protocol "mondzorg" beschikbaar voor alle medewerkers.	De Wlz-zorgaanbieder stelt, in overleg met de mondzorgprofessional, een intern multidisciplinair protocol "mondzorg" op, dat wordt gedeeld met en inzichtelijk is voor medewerkers.	a. Het protocol sluit aan bij de zorginhoudelijke afspraken met de mondzorgprofessional over de levering van mondzorg (samenwerkingsovereenkomst). b. Het protocol voorziet in afspraken/instructies over wat te doen bij cliënten met afweer- en/of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging. c. Het protocol beschrijft welke (multidisciplinaire) medewerkers betrokken zijn bij en verantwoordelijk zijn voor de uitvoering en naleving van het gekozen mondzorgbeleid en op welke wijze afweer- en/of probleemgedrag in multidisciplinair verband wordt besproken. d. Het protocol wordt geborgd in het kwaliteitssysteem van de Wlz-zorgaanbieder.
4. Scholing van intern personeel.	De Wlz-zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het op basis van een scholingsplan, periodiek (bij)scholen van het verzorgend en verplegend personeel op het terrein van de mondverzorging/mondzorg.	Periodiek worden verzorgenden en verplegenden (bij)geschoold rondom mondverzorging/mondzorg.
5. Onderzoek naar ervaringen.	De Wlz-zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het periodiek uitvoeren van (klant)tevredenheids-onderzoeken.	a. Nagegaan wordt of de verzekerde en zijn naasten tevreden zijn over de geboden mondverzorging door de verplegenden en verzorgenden en de geboden tandheelkundige zorg/mondzorg door de mondzorgprofessional(s). b. Nagegaan wordt of de verplegenden en verzorgenden en de mondzorgprofessional(s) zich gesteund voelen door de Wlz-zorgaanbieder bij de uitvoering van respectievelijk de mondverzorging en de mondzorg.

Thema 2: zorglevering		
Indicator	Toelichting indicator	Minimale eisen
1. Het (integrale) zorgplan bevat een mondzorgplan.	De Wlz-zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een actueel (integraal) zorgplan van een Wlz-verzekerde. Ook het mondzorgplan dient hierin opgenomen te zijn.	a. Binnen 24-uur na opname brengt de zorgverlener de mondgezondheid en zelfstandigheid/zelfredzaamheid van de Wlz-verzekerde rondom mondverzorging in kaart, evenals de wensen van de Wlz-verzekerde m.b.t. mondzorg. Dit alles, evenals de wijze van dagelijkse mondverzorging (poetsfrequentie e.d.) wordt vastgelegd in het mondzorgplan. b. Er is tussen de Specialist Ouderengeneeskunde (SO), Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG) of hoofdbehandelaar inhoudelijk overleg met de mondzorgprofessional over de mondgezondheid van en de mondzorg aan de Wlz-verzekerde. c. Binnen 6 weken na opname, of zoveel eerder als mogelijk, heeft de mondzorgprofessional een mondzorgplan opgesteld, welke onderdeel is van het algehele (integrale) zorgplan van de Wlz-verzekerde.
2. In evaluaties van het (integrale) zorgplan met de Wlz-verzekerde en/of zijn naasten/wettelijk vertegenwoordiger wordt ook het mondzorgplan besproken.	De Wlz-zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het periodiek evalueren van het (integrale) zorgplan met de Wlz-verzekerde en/of zijn naasten/wettelijk vertegenwoordiger. Hieronder valt ook het evalueren van het mondzorgplan.	a. De Specialist Ouderengeneeskunde (SO), Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG) of hoofdbehandelaar hebben periodiek inhoudelijk overleg met de mondzorgprofessional over het mondzorgplan van de Wlz-verzekerde. b. De Specialist Ouderengeneeskunde (SO), Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG) of hoofdbehandelaar evalueren periodiek met de mondzorgprofessional of bepaalde acties en mondzorgdoelen, zoals die zijn beschreven in het mondzorgplan, respectievelijk zijn uitgevoerd en bereikt. c. De uitkomsten van het periodiek overleg tussen de Specialist Ouderengeneeskunde (SO), Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG) of hoofdbehandelaar en de mondzorgprofessional worden vastgelegd in het evaluatieverslag en vertaald naar het (integrale) zorgplan van de Wlz-verzekerde. d. De Wlz-zorgaanbieder evalueert periodiek (in ieder geval tweemaal per jaar) het (integrale) zorgplan en het mondzorgplan dat daar onderdeel vanuit maakt, met de Wlz-verzekerde en/of zijn naasten/wettelijk vertegenwoordiger.
3. In (dag)rapportage is de geleverde mondzorg aan de Wlz-verzekerde vastgelegd.	De Wlz-zorgaanbieder en de mondzorgprofessional zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het vastleggen van de feitelijk geleverde mondzorg aan de Wlz-verzekerde.	a. De mondzorgprofessional bewaart de (dag)rapportages over de geleverde mondzorg aan de Wlz-verzekerde in de eigen zorgadministratie. b. De mondzorgprofessional deelt (bij bijzondere situaties direct) de (dag)rapportages met de verzorgende/verpleegkundige en de Specialist Ouderengeneeskunde (SO)/Arts Verstandelijk gehandicapten (AVG) of hoofdbehandelaar. c. De Wlz-zorgaanbieder legt de (dag)rapportages van de door de mondzorgprofessional geleverde zorg vast in het dossier van de Wlz-verzekerde dat bij hemzelf aanwezig is.

Bijlage 2: Indieningsformat regiobudget HLO 2027

Zie bijgevoegd Excel bestand: Bijlage 2 Indieningsformat regiobudget HLO 2027.